Nr. 12. 22. marca 1931. Rok X.

POLSKA GAZETA LEKARSKA

WYKŁADY KLINICZNE.

I. SZYFMAN i M. KOCEN. Łódź.

W sprawie tak zwanej agranulocytozy, gorączki gruczołowej i odczynu limfatycznego.

Ze szpitala fundacji Poznańskich w Łodzi, oddział wewnętrzny. Ordynator: S. Sterling.

Piśmiennictwo lekarskie w ciągu ostatnich kilkunastu lat poświęca wiele uwagi tak zwanej agranulocytozie, gorączce gruczołowej (Drüsenfieber) i tak zwanemu odczynowi limfatycznemu. Mimo bogatej kazuistyki i obfitych rozważań teoretycznych nie ustalono dotychczas, czy pod wyżej wspomnianemi nazwami rozumieć należy samodzielne nozologiczne jednostki chorobowe, czy też tylko swoiste odczyny układu krwiotwórczego na bodziec chorobowy. Ponieważ zagadnienie to ciekawe pod względem teoretycznym i ważne pod względem praktycznym, dla swego rozwiązania wymaga dalszego krytycznego zbierania materjału klinicznego, uważamy za wskazane omówienie trzech przypadków z tej dziedziny medycyny przez nas spostrzeganych. Na wstępie pragnęlibyśmy pokrótce zobrazować współczesny stan wiedzy o agranulocytozie, gorączce gruczołowej i odczynie limfatycznym.

Agranulocytoza.

W r. 1922 Schultz 1) na podstawie 5 spostrzeżeń wyodrębnił specjalną jednostkę chorobową nazwaną przez niego agranulocytozą. W r. 1925 opisał dalsze 5 przypadków i poddał krytyce opisane w międzyczasie przez innych autorów przypadki agranulocytozy. W pracy tej Schultz ściśle określa zespół objawów uprawniających do rozpoznania wykrytej przez niego agranulocytozy, a mianowicie: ostry przebieg choroby występujący prawie wyłącznie u kobiet, wysoka gorączka, zmiany zgorzelinowe na migdałkach i w gardzieli, czasami i na błonach śluzowych przewodu pokarmowego i części rodnych, dalej żółtaczka i wybitne zmiany we krwi w postaci leukopenji, prawie zupełnego zaniku granulocytów przy względnej limfo- i monocytozie; prawie normalny obraz czerwonych krwinek, obfita ilość płytek, brak skazy krwotocznej. Czas trwania choroby od 3 dni do 14 dni, zejście zawsze śmiertelne. Badanie histologiczne szpiku kostnego wykazuje prawie zupełny brak prawdziwych komórek szpikowych, to jest wielojądrzastych leukocytów i neutrofilów, stwierdza się natomiast prawie wyłącznie elementy limfoidalne i to w nieznacznej ilości i pojedyńcze myeloblasty, obfitą ilość megakaryocytów. Jako charakterystyczny szczegół anatomo-patologiczny podkreśla Schultz brak zmian we wsierdziu. Badania bakterjologiczne nie charakterystycznego nie wykazują. W kilku przypadkach krew była jałowa, wyhodowano w kilku przypadkach pneumokoki i stafilokoki. Schultz uważa to za zjawisko przedzgonne. Przy różniczkowaniu agranulocytozy należy mieć na względzie według Schultza następujące stany chorobowe: *aleukemia lymphatica acuta*, różniąca się występowaniem skazy krwotocznej, obecnością atypowych postaci limfocytów: posocznicę, którą cechuje skaza krwotoczna, trombopenja, niedokrwistość; *anaemia aplastica* dla której charakterystycznem jest upośledzenie wszystkich czynności krwiotwórczych układu szpikowego i schorzenia grypowe ze zmniejszoną ilością granulocytów i zmianami zgorzelinowemi na migdałkach, w krtani i w gardle — w tych przypadkach według Schultza decyduje o rozpoznaniu „stwierdzenie zakażenia grypowego przed wystąpieniem objawów agranulocytozy". Przypadki odbiegające pod jakimkolwiek bądź względem od opisanego wyżej klasycznego obrazu Schultz dyskwalifikuje jako agranulocytozę, twierdząc, że nie jest to prawdziwa agranulocytoza przez niego jako samodzielna jednostka chorobowa wyodrębniona.

Od czasu ogłoszenia przez Schultza pierwszych 5 przypadków opisano w piśmiennictwie polskiem i wszechświatowem kilkadziesiąt przypadków jako agranulocytozę, z tych tylko nieznaczna część odpowiada ściśle wymogom Schultza: znaczna zaś część przypadków odbiega od klasycznego obrazu Schultza z powodu występowania nowych objawów, jak wybitnej niedokrwistości, skazy krwotocznej, albo z powodu braku niektórych, opisanych przez Schultza, jak naprzykład żółtaczki.

Friedemann 2) w pracy ogłoszonej w r. 1928 *(Angina agranulocytotica)* podaje 29 przypadków własnych i 47 przypadków ogłoszonych do tego czasu w piśmiennictwie niemieckiem. Kastlin 3) w piśmiennictwie amerykańskiem streszcza 43 przypadki. W piśmiennictwie polskiem przypadki zbliżone do agranulocytozy opisali Tempka 4), Lipiński i Artynowska, Braun i Sosin, Tencer, Wszelaki 5), Arciszewski, Ściesiński i Felix 6). Z autorów francuskich poruszali sprawę agranulocytozy Aubertin i Lewi, którzy dzielą cały zebrany przez nich materjał na 2 części: pierwsze przypadki odpowiadające wymogom Schultza *(„agranulocytose pure")* w ogólnej liczbie 32 i przypadki odbiegające od klasycznego obrazu, jakich było znacznie więcej — określone przez nich jako *„syndrom agranulocytaire"*. Etjologja i patogeneza tak zwanej agranulocytozy nie są dotychczas wyjaśnione; stwierdzone w znikomej części przypadków najróżnorodniejsze banalne bakterje, jak grenkowce, paciorkowce, pał. okrężnicy, nie mogą być uznane za swoisty zarazek chorobotwórczy. Według Schultza patogeneza choroby polega na pierwotnem uszkodzeniu przez nieznany nam zarazek swoisty układu leukopoetycznego szpiku kostnego, co prowadzi do obniżenia ogólnej odporności ustroju; jednocześnie pod wpływem tegoż czynnika zakaźnego występują inne objawy chorobowe, w pierwszym rzędzie zmiany zgorzelinowe na błonach śluzowych. Ehrman i Preuss usiłują sprowadzić agranulocytozę do posocznicy z wtórnem uszkodzeniem granulocytów. Wreszcie Frank i Rotter uważają uszkodzenie granulocytów za objaw pierwotny, pociągający za sobą zmniejszoną odporność tkanek i skłonność do następczego zakażenia. Na specjalne omówienie zasługują poglądy Friedemanna ze względu na bogate doświadczenie (kilkadziesiąt własnych spostrzeżeń) i na głębokie ujęcie zagadnienia. Zgadzając się z Schultzem co do tego, że należy uważać agranulocytozę za samodzielną jednostkę chorobową, Friedemann podaje w wątpliwość zakaźne pochodzenie agranulocytozy. Ta okoliczność, że agranulocytoza klinicznie przebiega pod postacią ostrej choroby zakaźnej nie jest zdaniem jego dowodem zakaźnego jej pochodzenia, albowiem taki obraz kliniczny spostrzegamy i w przebiegu innych chorób krwi (opisana przez Franka aleukja na skutek zatrucia benzolem). Występowanie agranulocytozy prawie wyłącznie u kobiet byłoby trudne do wytłumaczenia, gdybyśmy uważali agranulocytozę za chorobę zakaźną, muszą tu raczej wchodzić w grę czynniki natury hormonalnej. Wreszcie dodatnie wyniki lecznicze otrzymane przez Friedemanna zapomocą naświetlań promieniami Roentgena również zdaniem jego przemawiają przeciwko zakaźnemu pochodzeniu agranulocytozy.

W przeciwieństwie do Schultza i Friedemanna inni autorzy, jak Tempka, Zadek, Sternberg, Marchand, Schottmüller, Dawid 7) nie uznają agranulocytozy za samodzielną jednostkę chorobową, a tylko za nietypowy odczyn układu szpikowego na czynnik zakaźny.

Według Basha reagowanie ustroju na pewne zakażenia zanikiem granulocytów może być skutkiem usposobienia indywidualnego danego osobnika. Co się tyczy leczenia agranulocytozy, to jedyny Friedemann 8) podaje pomyślne wyniki naświetlań małemi dawkami promieni Roentgena. Na 43 przypadki w 13-tu osiągnął wyleczenie. Z innych środków proponowano surowicę przeciwpaciorkowcową, przeciwszkarlatynową, przetaczanie krwi, zastrzykiwanie neosalwarsanu, adrenaliny.

Gorączka gruczołowa.

Na gorączkę gruczołową (Drüsenfieber według niemieckich autorów) pierwszy zwrócił uwagę i opisał w 1889 r. Pfeiffer. Jest to choroba zakaźna, spostrzegana prawie wyłącznie u dzieci i ludzi młodych do lat 30. Okres wylęgania trwa około 8 dni. Do obrazu klinicznego należą wysoka gorączka, powiększenie gruczołów chłonnych zwłaszcza na szyi i wzdłuż mięśnia mostkowo-obojczykowo-sutkowego, powiększenie śledziony i wątroby. Do najczęstszych powikłań należy *angina tonsillaris* (w postaci *angina lacunaris, pseudomembranacea* lub *ulcerosa)*, rzadziej występuje żółtaczka i krwotoczne zapalenie nerek. Najbardziej charakterystyczne są zmiany we krwi, mianowicie przy ogólnej leukocytozie sięgającej do 15—30.0000 występuje wybitna do 95% limfocytoza, przyczem stwierdza się przeważnie duże niedojrzałe postaci limfocytów; jednocześnie zwracają na się uwagę liczne duże komórki plazmatyczne. Obraz czerwonych ciałek naogół normalny.

Doniesienie Pfeiffera 9) wygłoszone w 1889 r. na zjeździe przyrodników i lekarzy w Kolonji, potwierdzone przez pedjatrów tej miary jak Heubner i Filatow, zostało jednak przez świat lekarski zapomniane. Dopiero w roku 1921 klinicyści amerykańscy Tiddy, Morse, Longcope opisują spostrzeganą przez nich u dzieci epidemję *glandular fever*, którą następni badacze amerykańscy Baldrige, Rohner i Hausman wyraźnie już określili jako identyczną z wyodrębnioną w swoim czasie przez Pfeiffera jednostką chorobową. Później dopiero, poczynając od r. 1927, i w piśmiennictwie europejskiem zaczęły się ukazywać prace z tego zakresu. Schmidtheiny z kliniki Naegelego, Chevalier, Stepp, Brogsitter, Lenhartz i inni pisali o tak zwanej gorączce gruczołowej. Schwartz 10) w swoim odczycie wygłoszonym w r. 1930 w wiedeńskim towarzystwie lekarskiem wyraził zdecydowaną opinję, że opisana w swoim czasie przez Pfeiffera gorączka gruczołowa stanowi samodzielną jednostkę chorobową, która w tablicach nozologicznych zająć winna miejsce obok odry, jako najbardziej do niej zbliżona. Ze względu na zasługi Pfeiffera ta jednostka chorobowa powinna być nazwaną gorączką gruczołową Pfeiffera. Jest to według określenia Schwartza choroba zakaźna o łagodnym przebiegu wywołana przez nieznany jeszcze nam zarazek mający powinowactwo do tkanki limfatycznej *(lymphotropes Virus)*. Gorączkę gruczołową jako samodzielną jednostkę chorobową uznaje wielu klinicystów (Stepp i Wendt, Lehndorf, Bauer i inni autorzy). Schwarz i Stepp idą jeszcze dalej, utożsamiając tak zwany odczyn limfatyczny z gorączką gruczołową, z tą jedynie różnicą, że na gorączkę gruczołową zapadają prawie wyłącznie dzieci i ludzie młodsi do lat 30, podczas gdy odczyn limfatyczny spotykamy u ludzi starszych. Tego zdania nie podzielają jednak liczni klinicyści (Baar, Bauer, którzy uważają, że różne przyczyny mogą wywołać odczyn limfatyczny, podczas gdy gorączka gruczołowa stanowi ściśle określoną jednostkę chorobową.

Odczyn limfatyczny.

Co się tyczy tak zwanego odczynu limfatycznego, to już w r. 1906 Türk pierwszy użył tego terminu; chodziło o przypadek anginy o obrazie krwi typowym dla białaczki limfatycznej; Türk rozpoznał ostrą białaczkę z fatalnym rokowaniem, co się nie sprawdziło — chory wkrótce wyzdrowiał. Türk wypowiedział przypuszczenie, iż miał do czynienia z atypowym odczynem narządów krwionośnych; usiłował to wytłumaczyć własnościami konstytucjonalnemi danego ustroju. Hipoteza o roli czynnika ustrojowego została jednak przez samego Türka już w następnym roku zakwestjonowana na podstawie drugiego przypadku anginy limfocytarnej przez niego spostrzeganej, — w przypadku tym dziecko wkrótce po przebyciu anginy limfocytarnej zapadło na zapalenie płuc podczas którego wystąpiła typowa neutrofiloza. Wypowiedział on wtedy przypuszczenie, że limfatyczny odczyn może być skutkiem zadziałania zarazka na aparat limfatyczny. Aczkolwiek od tego czasu upłynęło już lat 25 jednak sprawa istoty i patogenezy odczynu limfatycznego nie została jeszcze dostatecznie wyświetlona. Z punktu widzenia hematologicznego za odczyn limfatyczny uważać należy występowanie na wysokości choroby gorączkowej wybitnej limfocytozy, charakteryzującej się obecnością młodych i patologicznych postaci limfocytów. Schwarz i Stepp wyraźnie podkreślają, że spostrzegana w przebiegu chorób (np. posocznicy) względna limfocytoza przy wybitnej leuko i granulopenji co do swej istoty nie ma nic wspólnego z odczynem limfatycznym, albowiem w tych przypadkach względna limfocytoza jest li tylko wynikiem wybitnego zmniejszenia granulocytów wskutek uszkodzenia aparatu granulocytarnego przez zarazek chorobowy.

W sprawie patogenezy poglądy są rozbieżne. Jedni, jak Jagicz, wciąż jeszcze przypisują pewne znaczenie czynnikowi ustrojowemu, większa część klinicystów uważa, że chodzi o swoiste zadziałanie czynnika zakaźnego na układ limfatyczny. Za tą ostatnią hipotezą przemawiać mają następujące okoliczności: po pierwsze stałe występowanie limfocytozy w przebiegu niektórych chorób zakaźnych, jak odra, krztusiec; po drugie spostrzeżenia Badera, Naegeliego, którzy u szeregu chorych z odczynem limfatycznym stwierdzali pod wpływem nowego zakażenia leukocytozę obojętnochłonną, wreszcie doświadczenia Baara i innych, którzy zastrzykując mleko lub kolargol osobnikom po przebytym odczynie limfatycznym znajdowali obojętnochłonną leukocytozę. Klinicznie spostrzega się często anginę z równoczesnem powiększeniem gruczołów, czyli obraz podobny do gorączki gruczołowej, opisane są jednak przez Steppa przypadki bez anginy i powiększenia gruczołów. Przebieg choroby łagodny, zejście pomyślne, na specjalną uwagę zasługuje ta okoliczność, że zmiany we krwi utrzymują się czasami w ciągu dłuższego czasu przy dobrem samopoczuciu chorego; w przypadku Jagicza nawet 4 lata.

W praktyce odróżnienie odczynu limfatycznego od ostrej białaczki limfatycznej częstokroć nastręcza wielkie trudności. Stepp 11) podaje, że brak objawów niedokrwistości i skazy krwotocznej przemawia raczej za odczynem limfatycznym. Jagicz jest zdania, że na początku choroby niepodobna z całą pewnością stwierdzić, czy mamy do czynienia z odczynem limfatycznym, czy też z białaczką limfatyczną. Tylko dalszy przebieg choroby i łagodne zejście decydują o rozpoznaniu. Według Steppa trudno jest czasami na podstawie obrazu hematologicznego odróżnić odczyn limfatyczny od opisywanego przez francuskich i niemieckich autorów (Schittenhelm) w przebiegu anginy odczynu monocytarnego. Stepp uważa, że obydwa te odczyny są co do swej istoty bardzo do siebie zbliżone, a odróżnienie pod mikroskopem atypowych postaci limfocytów od monocytów częstokroć nastręcza trudności.

Przechodzimy do spostrzeżeń własnych.

Przypadek I. Chora G., lat 29, zamężna, ma dwoje zdrowych dzieci, żadnych chorób nie przebyła, cierpiała oddawna tylko na bóle głowy. W kilka tygodni przed obecną chorobą wystąpiły nudności, ogólne niedomagania; uważając sprawę za żołądkową, chora udała się do gastrologa, który zalecił zastrzykiwanie środków wzmacniających. 28. X. chora nagle dostała dreszczy i gorączki, położyła się więc do łóżka. Czwartego dnia choroby znów wystąpiły dreszcze. Dokonana analiza wykazała zmiany w nerkach w postaci białka 3.2‰; urobilina zwiększona, w osadzie liczne pałeczki szkliste i ziarniste, krwinek nie znaleziono. Szóstego dnia choroby stwierdzono anginę. W dziesiątym dniu choroby do chorej wezwano jednego z nas i stwierdzono co następuje: pacjentka czyni ogólne wrażenie ciężko chorej, skóra i widoczne błony śluzowe zabarwione normalnie, gruczoły niemacalne. Płuca bez zmian, granice serca normalne, tony czyste, tachykardja przy ciepłocie ponad 38°. Wątroba, śledziona niemacalne. Objaw opaskowy ujemny, brak objawów skazy krwotocznej. Przy badaniu jamy ustnej stwierdzono tuż za lewym migdałkiem szarawy nalot mocno zrośnięty z podłożem. Wobec podejrzenia błonicy względnie septycznej anginy dokonano tegoż dnia posiewu tego nalotu. Wyhodowano paciorkowca hemolitycznego. Chora następnego dnia była przewieziona do szpitala, gdzie badanie przez specjalistę laryngologa (Dr. Małowist) wykazało: „błona śluzowa gardzieli czerwona, sucha, na migdałkach pojedyncze naloty, na tylnej ściance gardzieli po stronie lewej tuż za tylnym łukiem podniebiennym nalot wielkości dużej fasoli przypominający nalot błoniczy, zupełnie nie dający się oddzielić od podłoża, lecz o brzegach ograniczonych. Także nalot na wolnym brzegu nagłośni i w lewej zatoce gruszkowatej *(sinus piriformis)*. Badanie moczu wykazało obecność białka 1,6‰, wałeczków szklistych i ziarnistych przy braku krwinek. Dokonane w tymże dniu 11. XI. morfologiczne badanie krwi wykazało co następuje. Patrz tabl. I. Wobec takiego wyniku badania krwi zaproponowano rodzinie dokonanie chorej przetaczania krwi, lecze-

Tablica I.

	11/XI		14/XI		17/XI	
Hb	75%		67%		66%	
Czerwone ciałka	3.200.000		4.140.000		3.150.000	
Białe ciałka	1.600		1.600		1.400	
	% stosunek	ilość	%	ilość	%	ilość
Pałeczkowate	—	—	2	32	6	84
Segmentowane	—	—	23	368	9	126
Kwasochłonne	—	—	—	—	—	—
Limfocyty	99	1584	74	1184	85	1190
Monocyty	1	16	1	16	—	—
Uwagi	1 pałeczka w całym preparacie Duża ilość płytek, 1 komór. Türka		Płytki obecne, 1 megaloblast, 4 retikulocyty na 1000 cz. ciałek		4 limfoblasty	

nie promieniami Roentgena i zastrzykiwanie surowicy. Chora tegoż dnia ze względu na ustalone przez nas złe rokowanie na żądanie rodziny została przewieziona do domu, gdzie otrzymała 50 cm³ surowicy przeciwszkarlatynowej. Po 48 godzinach to jest w czternastym dniu choroby nastąpiło znaczne pogorszenie stanu ogólnego, ukazała się żółtaczka, ciepłota nadal miała przebieg hektyczny. Jednocześnie wystąpiło nasilenie objawów miejscowych: naloty w kryptach znacznie głębsze, całe wejście do krtani wypełnione takiemiż ściśle przylegającemi nalotami, utrudnione bardzo połykanie, objawy mechanicznej duszności. Dokonano przetaczania krwi w ilości 250 cm³. Badanie krwi następnego dnia po przetoczeniu dnia 14. XI. tabl. I., wykazało nieznaczny wzrost granulocytów jak wynika z tablicy. Stan ogólny chorej zarówno jak i objawy miejscowe ciągle się pogarszały, w szesnastym dniu choroby całe wnętrze krtani i struny głosowe wyścielone nalotami, soor, wybitne podniecenie, objawy pneumoniczne w dolnym płacie płuca prawego. Badanie krwi przeprowadzone w siedemnastym dniu choroby z rana wykazało co następuje: 17. XI. tabl. I. ilość czerwonych ciałek zmniejszona — dalszy spadek granulocytów. Po siedemnastu dniach choroby chora zmarła.

Epicrisis.

Epikrytycznie przypadek ten przedstawia się następująco: u kobiety lat 29 zdradzającej w ciągu pewnego czasu objawy ogólnego niedomagania, występują nagle dreszcze, gorączka o typie posocznicowym, po kilku dniach naloty w gardzieli przypominające błonicę. Wyhodowano z nalotu paciorkowca hemolitycznego. W obrazie krwi dominuje agranulocytcza przy wybitnej leukopenji i względnej limfocytozie. Obraz czerwonych krwinek normalny, po przetaczaniu krwi stwierdzono obecność pojedyńczych megalo i normoblastów. Retikulocyty 4 na 1000 czerwonych ciałek. Świadczy to o wydolności aparatu erytropoetycznego szpiku kostnego. Ilość trombocytów w granicach normy, brak objawów skazy krwotocznej. W czternastym dniu choroby żółtaczka, w szesnastym powikłanie w postaci zapalenia płuc, w siedemnastym zgon. Przy różniczkowaniu wchodziły w rachubę posocznica i tak zwana agranulocytoza. Przeciwko posocznicy przemawiały brak objawów skazy krwotocznej, brak oligochremji, oligocytemji, trombopenji, zmian wstecznych (toksycznych) w granulocytach zarówno jak i brak krwinek w moczu, natomiast za agranulocytozą przemawiał cały przebieg choroby odpowiadający we wszystkich szczegółach klasycznemu obrazowi opisanemu przez Schultza.

Przypadek drugi: student lat 20 przed 5 laty przebył ostry gościec stawowy, w następstwie którego ma wadę serca. Przed trzema laty usunięcie migdałków (tonsilotomja), choroba obecna rozpoczęła się podczas pobytu chorego w Krynicy, wystąpiły ogólne niedomagania i stan podgorączkowy. Chory po kilku dniach opuścił z tego powodu Krynicę i wrócił do domu. Tegoż dnia jeden z nas wezwany do chorego stwierdza co następuje: gorączka do 38°, ogólne samopoczucie dobre, błony śluzowe i skóra nieco blade, na szyi powiększone gruczoły chłonne, podszczękowe i wzdłuż mięśnia mostkowo - obojczykowo - sutkowego. W gardzieli zaczerwienie, pozostałe po tonsilotomji resztki lewego migdałka w stanie zapalnym, wydostają się z niego pojedyncze czopy. Płuca bez zmian, granice serca normalne, nad koniuszkiem wyraźny szmer skurczowy, drugi ton tętnicy płucnej akcentowany, wątroba niewyczuwalna, śledziona opukiem powiększona, niemacalna. Mocz bez zmian. Badanie krwi przeprowadzone następnego dnia 20. VIII. 30 r. wykazało (patrz tablica II) leukocytozę z wybitną limfocytozą, obecność patologicznych limfocytów (postaci Riedera). Brak objawów skazy krwotocznej. Odczyn Rumpel Leede — ujemny. W ciągu następnego tygodnia przy dobrem ogólnem samopoczuciu chorego, gorączka typu *continua* sięgająca 38,5°, wystąpiło powiększenie innych gruczołów chłonnych, pachowych i pachwinowych; wyczuwa się wyraźnie powiększoną śledzionę. Badanie krwi w dniu 26. VIII. wykazuje nieco mniejszą leukocytozę, ale dalej ze znaczną limfocytozą.

Choremu zastrzykiwano argentol, ciepłota po 14 dniach wróciła do normy, gruczoły znacznie się zmniejszyły. Badanie krwi 8. IX. przy ogólnem dobrem samopoczuciu wykazało jeszcze znaczną limfocytozę przy normalnej ilości leukocytów. Chory po kilkunastu dniach wyjechał zagranicę, gdzie po krótkim wypoczynku rozpoczął studja. Dokonane tam w przerwie badanie krwi wykazało przy normalnej ilości białych ciałek, limfocytozę sięgającą do 50%.

Tablica II.

	20/VIII		26/VIII		8/IX	
Hb	90%		90%		82%	
Czerwone ciałka	4.700.000		4.700.000		4.060.000	
Białe ciałka	19.500		13.750		7.250	
	% stosunek	ilość	%	ilość	%	ilość
Pałeczkowate	4,4	858	4,5	618,75	1,6	116
Segmentowane	16,7	3256,5	16,0	2200	29,2	2117
Kwasochłonne	0,4	78	0,3	41,25	2,0	145
Zasadochłonne	0,4	78	0,7	96,25	1,6	116
Limfocyty	70,9	13825,5	74,3	10216,25	61,2	4437
Monocyty	7,2	1404	4,2	577,5	4 4	319
Uwagi	obecne limfoblasty		pojedyncze limfoblasty			

Tablica III

	20 XI 1930		23/XI		28 XI		7/XII		30/XII		1/II 1931	
Hb	86%		—		—		—		—		82%	
Czerwone ciałka	4.250.000		—		—		—		—		4.200.000	
Białe ciałka	28.000		19.000		20.800		18.000		14.200		16.800	
	% stosunek	ilość	%	ilość	%	ilość	%	ilość	%	ilość	%	ilość
Pałeczkowate	4	1120	6	1140	—	—	2	360	—	—	2	336
Segmentowane	44	12320	36	6840	27	5616	25	4500	25	3550	21	3528
Kwasochłonne	—	—	1	190	2	416	2	360	2	284	3	504
Limfocyty	50	14000	56	10640	70	14560	70	12600	72	10224	72	12096
Monocyty	2	560	1	190	1	208	1	180	1	142	2	336
Uwagi	Pojedyńcze limfoblasty		Pojedyńcze limfoblasty		Pojedyńcze limfoblasty		Pojedyńcze limfoblasty		Pojedyńcze limfoblasty		Pojedyńcze limfoblasty	

W przypadku tym rozpoznanie na początku choroby nastręczało wielkie trudności. Niepodobna było bowiem odrazu osądzić czy mamy do czynienia z rozpoczynającą się sprawą białaczkową, czy też z gorączką gruczołową. Dalszy łagodny przebieg choroby uprawnił nas do rozpoznania gorączki gruczołowej.

Przypadek trzeci. Chory X., lat ponad 60, podczas panującej w mieście epidemji grypy ma początkowo nieokreślone opłucnowe dolegliwości, które traktowane są jako grypowe: sporadycznie występuje gorączka do 38°, szybkie opadanie krwinek — 18°, badanie krwi dokonane 20. XI. (patrz tablica III) wykazuje leukocytozę z limfocytozą, obecność patologicznych postaci limfocytów. Rentgenologicznie stwierdza się ognisko zapalne w płucach i wysięk międzypłatowy po stronie prawej. Przebieg sprawy łagodny, wysięk szybko ulega wessaniu, ciepłota wraca do normy, opadanie krwinek po 18 dniach podnosi się do 180°. Chory podmiotowo i przedmiotowo wraca do zupełnego zdrowia. Tylko zmiany we krwi w postaci leukocytozy z limfocytozą (badania dn. 23. XI., 28. XI., 7. XII., 30. XII., i 1. II. 1931 r.) utrzymują się jeszcze do dnia dzisiejszego, czyli w ciągu 9 tygodni od początku choroby.

Epicrisis: mamy więc w tym przypadku do czynienia z jakimś nieokreślonem zakażeniem, które wywołało miejscowo — ognisko zapalne w płucu i opłucnej, wysięk międzypłatowy — i ogólny odczyn ze strony układu krwiotwórczego w postaci wybitnej i długo urtzymującej się limfocytozy, przy braku zmian ze strony czerwonych ciałek krwi i płytek.

Przebieg choroby, obraz hematologiczny i wiek chorego przemawiają za tak zwanym odczynem limfatycznym. Na podstawie danych z piśmiennictwa i analizy spostrzeżeń własnych pozwalamy sobie wysnuć wnioski następujące:

a) w sprawie agranulocytozy: agranulocytoza może występować jako objaw w przebiegu chorób zakaźnych (posocznica, grypa), wydaje się jednak prawdopodobnem zgodnie z poglądami Schultza i Friedemanna istnienie ponadto agrunalocytozy jako samodzielnej jednostki chorobowej o charakterystycznym przebiegu klinicznym i typowych cechach hematologicznych. Nie wytrzymuje krytyki tylko twierdzenie Schultza, że przebieg choroby zawsze musi być klasyczny, niema bowiem w patologji takiej jednostki chorobowej, która nie wykazywałaby różnych odmian w przebiegu swym klinicznym. Konieczne są dalsze spostrzeżenia kliniczne i badania bakterjologiczne dla poznania istoty tej sprawy chorobowej;

b) w sprawie gorączki gruczołowej i tak zwanego odczynu limfatycznego: utożsamianie przez niektórych klinicystów gorączki gruczołowej z tak zwanym odczynem limfatycznym nie jest dostatecznie uzasadnione: gorączka gruczołowa ma swój charakterystyczny przebieg kliniczny i wydaje się wobec tego stanowić samodzielną jednostkę chorobową wieku młodego, wywołaną przez nieznany nam jeszcze zarazek; natomiast tak zwany odczyn limfatyczny nie ma tak ściśle określonego jednolitego przebiegu klinicznego i powinien być raczej traktowany jako odczyn ustroju na różnego rodzaju zarazki, mające powinowactwo do układu limfatycznego.

Piśmiennictwo:

1) Schultz: Deutsche med. Woch. 1922. Nr. 44. — 2) Friedemann: Zeitschrift für Kl. Medizin. Bd. 108. — 3) Kastlin: Amer. Jour. of. the sciences 1927. Nr. 6. — 4) Tempka: Polskie Archiwum Med. Wewnętrznej. Tom IV. str. 765. — 5) Wszelaki: Lekarz Wojskowy 1929. Tom 13, Nr. 12. — 6) Felix i Scisiński: Polskie Archiwum Med. Wewnętrznej Tom VIII, str. 40. — 7) Hallerman: Folia haematologica, Bd. 42, str. 1. — 8) Friedemann: Deutsche med. Wochenschrift 1930, Nr. 23. — 9) Schwarz: Drusenfieber Klinische Wochenschrift 1930 Nr. 50. 51. — 10) Schwarz: Wiener Kl. Wochenschrift 1930, Nr. 43, str. 1327. — 11) Stepp i Wendt: Deutsche med. Wochenschrift 1930, Nr. 16.

Dr. Julian DRETLER. Kobierzyn (Kraków).

O skombinowanem zaburzeniu pośpiączkowem.

(Zaburzenia psychomotoryczne i przemiany materji).

Z Państw. Zakł. dla umysł. i nerw. chorych w Kobierzynie.
Dyrektor: Dr. Wł. Stryjeński.

Opiszę przypadek zaburzenia złożonego, który wystąpił po nagminnem zapaleniu mózgu. Zdaję sobie sprawę, że dziś istnieje taka ilość doniesień z tego zakresu, iż jedynie fakt znalezienia pewnych szczegółów dotychczas — o ile to moja znajomość piśmiennictwa stwierdzić pozwala — nieogłoszonych, zniewala do opisania tego przypadku. Stwierdzono w naszym przypadku zaburzenia, które oddzielnie spotkać można bardzo często w klinice zaburzeń pośpiączkowych, które jednak zebrane razem należą do rzadkości. Chodzi bowiem o stwierdzenie u jednej chorej, zaburzeń psychicznych, zmian w zakresie motoryki, jakoteż zaburzeń w przemianie materji, głównie gospodarki wodnej. Chora należy do rodziny, w której stwierdzono istnienie kilku osobników dotkniętych chorobą umysłową. Możliwość długotrwałej obserwacji pozwoliła na stwierdzenie kilku ciekawych szczegółów [1]).

Helena S. Pierwsze badanie na klinice prof. Piltza. 18. V. 1925. Dziewczynka lat 8, przedtem zawsze zdrowa; obecna choroba trwa od 3 miesięcy. Zawroty i bóle głowy, podniecenie ruchowe, ślinotok, senność; przez kilka dni podwójne widzenie, potem bezsenność, która trwa do chwili przyjęcia w przychodni. Rzuca się w łóżku, mówi głośno, wybucha nagle śmiechem bez widocznego powodu, liczy palce, guziki i t. d. Przedtem pilna i grzeczna. Wzrost średni, budowa asteniczna, szczupła, skóra i śluzówki blade, obustronne opadnięcie powiek, po prawej wyraźniejsze. Potrafi obustronnie, choć z trudem, podnieść powieki ponad poziom źrenic, źrenice równe, odr. na światło i akomodację nieco osłabione, ruchy mięśni ocznych osłabione, możliwe tylko w posunięciach nagłych, schodkowatych. Lekkie drżenie języka, twarz maskowata, bez gry mimicznej. Podczas chodu zauważa się osłabienie kończyn dolnych, głowa silnie pochylona do przodu. Odruchy mięśnia trójgłowego, kolanowego i achillesowe nieco wzmożone. Dermografizm żywy, poza tem bez objawów. Na klinice pozostała do 30. VI. 1925. Była niespokojną, nie sypiała, płakała i śmiała się naprzemian, miewała napady kaszlu; wybitny ślinotok. Podawano narkotyki, kąpiel przedłużoną, związki salicylowe. Opuściła klinikę bez poprawy.

Chora ta przychodzi 3. IX. 1927 po raz pierwszy do Zakładu w Kobierzynie. Wywiady rodzinne: ze strony matki: prababka chorej była umysłowo chorą. Była w szpitalu św. Łazarza w Krakowie na oddziele psychjatrycznym i tam zmarła [2]). Jedna z jej córek (babka chorej) nie jest również normalną, jest pod opieką sądową z powodu kilku niezrozumiałych wybryków, (zdaje się, że mamy tu do czynienia z osobą schizofreniczną). Druga z jej córek otępiała, całe życie bezczynna, typ intelektualnie bardzo nisko stojący. Jeden ze synów pieniacz, miał w swem życiu więcej niż 20 procesów, gwałtowny, alkoholik. Matka chorej zdrowa, jej brat alkoholik, porywczy, unikający ludzi, zamknięty w sobie. — Ze strony ojca: matka „nerwowa", płacze często, kobieta o zmiennem usposobieniu, popędliwa, nieobliczalna. Jej brat alkoholik. Brat ojca chorej pieniacz, porywczy. Ojciec zdrów, w roku 1929 był przez kilka dni „chory" po pożarze, który mu zniszczył cały dobytek. Według własnych słów był „nieprzytomny, potem jakby opętany", biegał po polach, chciał kilku ludzi, rzekomych podpalaczy zamordować. Po kilku dniach uspokoił się.

Wywiady osobnicze: po powrocie z kliniki nieco spokojniejsza, chodziła do szkoły, uczyła się jednak mało, była tam niespokojną, ni dobrocią, ni przemocą nie można było ją uspokoić. Stan jej pogarszał się stale, stawała się zaczepną, biegała po wsi, biła małe, lub — co rzadziej — większe dzieci. W domu była bezwzględna, gnębiła i męczyła wszystkich. Kiedy zaś wykryło się, że chora kradnie, oddano ją do zakładu. Tu pozostała do 5. IV. 1928.

Badanie neurol.: Źrenice równe, odruchy na światło i akomodację sprawne, również ruchy gałek ocznych, mowa dobra. Ruchy kiem i tylko w schodkowatych posunięciach, mowa dobra. Ruchy kończyn sprawne, mimo zaznaczonej niezborności; poza tem bez zmian. Na oddziele przykra, niespokojna, wtrąca się do rozmowy,

---

[1]) Składam najserdeczniejsze podziękowanie wszystkim tym, którzy mi w jakikolwiek sposób pomogli w dokładnej analizie tego przypadku: ś. p. prof. Piltzowi za wypożyczenie hist. choroby i pozwolenie korzystania z pracowni klinicznej. Doc. Artwińskiemu za pożyczenie historji choroby, Doc. Kaulberszowi za przeprowadzenie badań nad pH, Doc. Siedleckiemu za przeprowadzenie korekty części pracy, odnoszącej się do przemiany materji, jakoteż w końcu p. Dr. Jucrowi kierownikowi pracowni fiz.-chem. klin. psychj.-neur. U. J. za przeprowadzenie wszystkich badań surowicy.

[2]) Historja choroby z oddz. dla nerw. i umysł. chor. szpit. św. Łazarza w Krakowie. Prym. Doc. Artwiński. Maria St. 67 lat, wdowa, przyjęta 14. XII. 1908. Od 14 dni niespokojna, dezorjentacja, boi się zatrucia, nie jada, nie sypia, ucieka z domu, goni po polach, woła pomocy, silne stany lękowe, chowa się przed ludźmi; gdy się ją sprowadza do domu, wybija szyby; mimo środków nasennych niespokojna, miewa omamy słuchowe i wzrokowe. Bardzo wynędzniała, twarz jeszcze starsza, niż to jej wiekowi odpowiada. Syn podaje kilka dni potem, że chora była zawsze dziwaczna, mrukliwa, wywiady rodzinne nie podane. Diagnosis: Dementia senil. Stat. amentivus. Po 2 dniach pobytu na oddziele umiera na bronchopneumonję, stwierdzoną w dniu przyjęcia do szpitala.

kontakt z otoczeniem doskonały, mówi dużo i chętnie. Z początku jest grzeczna wobec wszystkich chorych. Podaje, że przebywa w zakładzie, gdyż spadła z drzewa na głowę, przeczy, jakoby miała bić dzieci, broniła się jedynie przed przezwiskami, któremi ją obrzucano. Rodzeństwo swoje chciała jedynie pieścić, gdy zaś rodzice kazali jej zostawić je w spokoju, nie zrobiła tego, mimo, iż chciała to zrobić. Podobne stany zjawiały się potem częściej. Niejednokrotnie biła dzieci, mimo własnej woli, było w tem jednak coś, co ją do tego pchało. Zwolna staje się w zakładzie coraz bardziej przykra, wszelkie próby prowadzenia psychicznego pozostają bez skutku. Goni po salach, całuje chore, by chwilę potem je znienacka uderzyć, nie sypia po nocach. W tym okresie zauważono, że chora pije duże ilości wody (ponieważ jednakowoż przyjmowano wtedy u niej polidipsję psychopatyczną, brak dokładnych danych). Mocz: białko, cukier O, jasno-żółty, c. wł. 1.014. Ilość dobowa 4.5 l. Wassermann z krwi i płynu ujemny, Nonne-Apelt ujemny, Pleocytoza 7, hemogram normalny. Większą część wody wypijała w nocy. Gdy jej nie dawano dostatecznej ilości wody, podniecała się widocznie. Gdy dawano jej wody podostatkiem, uspokajała się wyraźnie. Leczenie: poza psychoterapją (która nie dała żadnych wyników), Pulv. fol. Strammonii 0,1 3 razy dziennie. Zabrana przez ojca z nieznaczną poprawą. Po wyjściu spokojna przez krótki czasokres, chodziła (na własne życzenie) do szkoły, uczyła się jednak mało; zwolna stan jej pogarszał się znowu, ze szkołą musiała się pożegnać, uciekała z domu, goniła po wsi, wnet stan jej stał się podobnym do tego, jaki był przed przyjściem do Zakładu. W ostatnim kwartale przed przyjściem do Zakładu mowa jej stała się niewyraźną, zatartą. Pod koniec pobytu w domu zauważono, że chora wypija więcej wody, niż wszyscy inni członkowie rodziny razem. Kiedy stan jej stał się w domu nie do zniesienia, oddano ją po raz drugi do Zakładu 7. V. 1929.

Stan jej przy II. przyjęciu: wysokość 134 cm. ciężar ciała 24,6 kg, obwód czaszki 49 cm. Chuda, źle odżywiona, ogólne proporcje prawidłowe, skóra i śluzówki blade. Źrenice równe, odruchy na światło i akomodację prawidłowe. Z powodu wybitnej ruchliwości chorej i dużych zaburzeń uwagi nie można dokładnie zbadać ruchów gałek ocznych, można jednak stwierdzić, że spojrzenie do dołu i — nieco wyraźniej — w lewo jest osłabione. Język zbacza w lewo. Kończyny górne bez zmian, prawa kończyna dolna o ślad słabsza, odruchy kolanowe równe, wzmożone, achillesowe wzmożone, po prawej silniej. *Clonus spurius* stopy prawej. Mowa monotonna, wyraźnie nosowa, szybka, zatarta (Podniebienie miękkie bez zmian).

Ogólne zachowanie się w zakładzie: natarczywa, przylepna, stale chodzi za lekarzem lub siostrą oddziałową, chwyta za chałat, czepia się innych chorych, skarży się na pielęgniarki, że ją zaniedbują, w rzeczywistości prosi je, by się nią zajęły, w chwilę zaś potem rwie je za włosy lub bije pięścią w brzuch. Goni po salach od jednej chorej do drugiej, zaczepia je, wyrywa im jedzenie, bywa — mimo troskliwej opieki — dość często bita przez inne chore, nie oducza to jej jednak od zwykłego jej postępowania. Jada dużo, wyrywa wolniej jedzącym chorym pożywienie. Sypia krótko, niespokojnie, resztę nocy przepędza w ciągłym ruchu, w nocy jest może niespokojniejszą niż w dzień. Wszystkie próby zajęcia jej n. p. pisaniem, czytaniem i t. p. spełzają na niczem. Leczenie objawowe: Brom, Luminal, przeważnie bez skutku, a jeśli tak — to po 24 godzinach możliwego spokoju, staje się ona jeszcze bardziej podnieconą, — fakt ten zauważono tak często, że musiano z tego powodu odstawić wymienione środki. W oddziałach dla spokojnych chorych nie może się utrzymać, z trudem jest cierpianą na oddziele dla półspokojnych. Stwierdza się duże wahania w wadze ciała, w przeciągu 5—7 dni różnica może dojść do 3 kg. Zaraz po przyjęciu stwierdza się, że chora wypija duże ilości wody, bywają doby, w których wypija w dzień do 3 l, w nocy do 5 l wody. Oddaje duże ilości moczu; były dnie, w których chora oddała do 6 l moczu.

Przejdziemy teraz do dokładnej analizy jej zachowania się, jej zaburzeń ruchowych i przemiany materji, by ująć ją wkońcu w teoretyczne omówienie.

Świadomość chorej jest — jak wiele prób wykazało — najzupełniej normalna. Nie zdołano stwierdzić najmniejszych zaburzeń w tej dziedzinie, nawet na szczycie jej zmian ruchowych. Zawsze słyszy się odpowiedzi dobre, zawsze można prowadzić — krótką z powodu zaburzeń innej natury (p. n.) — rozmowę, jest krytyczna, poznaje zawsze wchodzące do pokoju osoby, stale świadoma jest miejsca i czasu.

Zaburzeń inteligencji nie można było również wykryć, wszystkie próby wykazały, że stan jej umysłowy odpowiada w zupełności jej wiekowi, w niektórych dziedzinach jest on nawet wyższy. W życiu codziennem zauważa się doskonałą przystosowalność do warunków zewnętrznych. Wie doskonale jakie „słabostki" ma każda z pielęgniarek, co każdą z nich w dobry humor wprawia. Orjentuje się doskonale w ogólnej sytuacji zakładowej. Na podstawie własnych dedukcyj, opierając się jedynie na posłyszanych rozmowach, opisuje oddział dla pensjonarjuszy. Mimo trzyletniej nieobecności w szkole zna rachunki w zakresie, jaki sobie przyswoiła.

Najgłębsze są zaburzenia w dziedzinie uwagi [3]). Chora nasza należy do typu motorycznego pojmowania; uniemożliwiając (między innemi) powtarzanie nazw podanego przedmiotu, obniżamy zdolność spostrzegania, zapamiętania i odtwarzania. Wykazano u naszej chorej niezdolnośćześrodkowania uwagi na jeden dany przedmiot. Chora nasza nie jest w możności skupić uwagi na jednym, wskazanym jej przedmiocie, stąd błędy w odpowiedziach: tu należy szukać źródła jej dziwacznych niejednokrotnie odpowiedzi, jej niezrozumiałego często zachowania się. Wkońcu zdołano stwierdzić niezdolność włączenia — wyobrażenia do przebiegającego w danej chwili procesu kojarzeniowego, w znacznej ilości badań wyobrażenie łączy się z bezpośrednio danem wrażeniem.

W pewnym związku z tem stoją zaburzenia pamięci. Z 3 zasadniczych składowych pamięci: zapamiętywanie, przechowywanie i odtwarzanie wrażeń, jest u naszej chorej zaburzonem zapamiętywanie. Analiza odtwarzania wykazała przewagę odtwarzania mechanicznego. Niesłychanie rzadko udało się wykazać odtwarzanie oparte na pewnym akcie logicznym.

Odpowiedź na pytanie, czy i jaki jest stosunek tych zaburzeń do patologji motoryki (p. n.) musimy, jako nienależące do tematu, pominąć. Podobnie zagadnienie, czy te właściwości odpowiadają indywidualnemu typowi naszej chorej, czy też są wynikiem swoistych zaburzeń pośpiączkowych, wymaga osobnych badań na większym materjale.

Zaburzenia świadomości celu istniejące u naszej chorej mogą w pewnej mierze dać wyjaśnienie jej dziwnego niejednokrotnie zachowania. Unikając hypotez opuścimy zagadnienie świadomości celu w myśleniu i jej wpływu na mechanikę myślenia u podobnych chorych. Tu poruszymy jedynie sprawę świadomości i podmiotowej celowości jej pewnych wynurzeń ruchowych, co jednak dać może klucz do analizy procesu myślowego. W okresach niepokoju biega po salach, chwyta wszystko w rękę, by chwilę potem rzucić to na ziemię. Dotyka się wszystkiego, nie potrafi bezwzględnie wyjaśnić, dlaczego to robi. Niejednokrotnie, gdy nawet stara się — pod wpływem gróźb — zatrzymać, nie udaje się jej to. Chora sama podaje, że w podobnych chwilach przychodzą na nią nowe i nieznane myśli. Można stwierdzić u niej w podobnych chwilach niepokoju ruchowego wyładowanie wielkiej ilości nowych myśli, proces, podobny do gonitwy myślowej. Całe jednak życie psychiczne jest zakreślone jedynie do najbardziej ograniczonej teraźniejszości. Wszystko to bez zaburzeń świadomości, przy zachowanym krytycyźmie (n. p. wybór z pośród kilku, jednej najbardziej lubianej zabawki i t. d.). Niezdolność określenia jakiegoś, w następnej sekundzie mającego się pojawić, ruchu (np. przy parakinezach niezdolność określenia ciągłości i kierunku ruchu ręki).

Związaną z temi zjawiskami jest w pewnej mierze popędliwość. Nagłe wyładowania się pewnych myśli opisane wyżej, bezradność wobec tych niespodzianych ujawnień, nagłe prymitywne wyładowania ruchowe (p. n.) mają cechy podobne do opisanych poprzednio. (Stąd niejednokrotnie tendencja u autorów do jednolitego ujmowania teoretycznego tych objawów).

Natarczywość i przylepność podobnych chorych została gruntownie zanalizowaną. Nasza chora nie różni się zbytnio od przeciętnego typu tych chorych. Zaznaczyć należy, że można było często wykazać wspólną genezę tych zaburzeń z objawami popędliwości. Czy jednakowoż da się te zmiany sprowadzić do jednego mianownika, wykażą dalsze badania w tej dziedzinie. Jednakowoż można było wykazać dwie formy natarczywości i przylepności: dokładniejsze omówienie będzie podanem w innej pracy.

Afektywność naszej chorej wykazuje kilka cech odbiegających od przeciętności. Musi się naprzód podkreślić, że można u chorej wykazać zasadniczo dwa różne stany życia afektywnego. Naogół życie uczuciowe naszej chorej jest płytkie, w chwilach podniecenia ruchowego stępione; zauważa się jednak u niej nagłe wylewy nastroju, nawet głębokiego, są to stany towarzyszące zazwyczaj wyżej opisanym stanem popędu. Jednakowoż ciekawem, jest to, że chora może bardzo szybko przejść ze stanów wysokiego podniecenia i nawet bez żadnych wpływów zewnętrznych, w stany

---

[3]) Dla krótkości nie podaję protokółów badań ani rodzajów zastosowanych prób. Zaznaczam jedynie, że opierałem się na dziele: Abderhalden. Handbuch d. biolog. Arbeitsmet. VI. B.: Methoden d. exper. Psychologie.

głębokiego przygnębienia. Trudno jest dzisiaj rozstrzygnąć, czy zachowanie się takie ma jaki związek z pewnemi formami ruchowemi, jak chce Küppers, czy jest ono wyrazem pewnych coenaestezyj, czy też ma podstawę inną, znacznie głębszą.

Przy analizie jej zachowania się społecznego należy odróżnić dwa stany: spokoju ruchowego i podniecenia. Stany te różnią się od siebie zasadniczo, dając obraz dziwaczny i teoretycznie zawikłany. W czasie niepokoju jest ona bardzo przykrą, jak już opisano, goni po salach, jest wobec chorych często natarczywa. Nieobliczalna w swoich poczynaniach, niespodziewanie dobra wobec otoczenia, staje się nagle podstępnie złośliwą. Stwierdzić można jednak, że chora zdaje sobie zupełnie dobrze sprawę ze swego, niemożliwego dla innych, stanu, często płacze i przeprasza inne chore. Często podchodzi do pielęgniarki prosząc, by dała ją do separatki, gdyż będzie znów „niegrzeczną". Często porywa chorym różne rzeczy, czasem jedzenie; nie jest to jednak kradzież celowa dla chęci zysku, jest to raczej wyraz popędu do dotykania wszystkiego, tendencja do chwytania każdego napotkanego przedmiotu. Bardzo często porywa rzeczy, które jej żadnej korzyści nie przynoszą. Zapodania jej z tego okresu, niezgodne z rzeczywistością, nie mają charakteru kłamstwa. Są one bezcelowe, zbyt absurdalne, noszą one raczej cechy fantazji niż kłamstwa. Chora ma poczucie sprawiedliwości dobrze rozwinięte, dość często darowuje innym chorym, co od pielęgniarek dostanie. Krańcowo różnem jest jej zachowanie się w czasie spokoju. Należy jednak zaznaczyć, że nie w każdym okresie spokoju ruchowego występują objawy, które opiszemy. W takich stanach stara się chora użyć swej choroby jako środka do uzyskania jak najlepszych warunków. Jest podstępną, chytrą, cokolwiek robi, to robi sprytnie, jeśli kradnie jedzenie, to tym chorym, które są otępiałe i nie potrafią się poskarżyć, jeśli kradnie, to tylko to, co jej korzyść przynieść może, np. ołówek, gdy zadanie ma pisać i t. p. Robi to szybko, gdy nikt na nią nie patrzy. Jeśli się ją jednak na tem złapie, staje się zła, zacięta. Rzuca na ziemię, jeśli jest to pokarm, łamie, gdy jaki sprzęt, by — jak sama podaje — nikt inny nie miał z tego korzyści. N. p. w jednym okresie spokoju opowiedziała, że matka jej nie żyje, że ma złą macochę. Gdy się ją jednak o te szczegóły wypytywano w czasie podniecenia, przyznała się do kłamstwa, które miało za cel wywołanie litości i poprawę żywienia. Bardzo często stara się oszukiwać otoczenie. Gdy jechała autem z pielęgniarką na pokaz, zapowiedziała jej, że jeśli nie dostanie czekoladek, wybije wszystkie szyby w aucie. Dziś, po prawie rocznym pobycie stany te zdarzają się coraz rzadziej. Trudno orzec czy pod wpływem leczenia, czy pod wpływem tego, że chora zdaje sobie sprawę z bezcelowości podobnych poczynań.

Gdy z kolei przejdziemy do omawiania jej cech charakterologicznych, należy zaznaczyć, że sprawa ta, będąca obecnie bardzo na czasie, znajdywała i znajduje rozwiązania sprzeczne nieraz ze sobą. Zdaje mi się jednak, że nie można mówić w naszym przypadku o zmianach charakteru, fakt, na który godzą się i Thiele i Homburger. Jedynie w przeciwieństwie do Thielego nie uważałbym stanu nastrojowego naszej chorej za twór uwarunkowany sprawą chorobową, ale raczej za zmianę zachowania się, spowodowaną odhamowaniem prymitywnych mechanizmów ruchowych (Homburger). Zdolność do oddziaływania patologicznego ruchowego i uczuciowego jest wtórną. Nie da się ona opanować, póki nie opanujemy odhamowań ruchowych.

Analizę motoryki zaczniemy od podania ostatniego stanu naszej chorej. Źrenice: prawa szersza, obie oddziaływują na światło i akomodację, raz żywiej, raz słabiej. Niezdolność konwergencji, niezdolność spojrzenia ku dołowi. Inne ruchy gałek bez zmian, poza tem, że ruchy są schodkowate. Twarz maskowata, mimika słaba, w czasie podniecenia zauważa się nagłe, bardzo szybkie skurcze poszczególnych części twarzy. Kończyny górne zgięte. Zupełne wyprostowanie stawu łokciowego niemożliwe, z powodu szybko wzrastającego kurczu, który poddaje się ruchom wolnym, szybko wzrasta natomiast przy nagłych próbach wyprostowania. Odruchy żywe, równe. Chora chodzi zgięta stale ku przodowi. Kurcz mięśni karku. Przy szybkiem chodzeniu głowa pochyla się ku przodowi, prawe ramię posuwa się do przodu i górze. Odruchy brzuszne bez zmian. Kończyny bez zmian. Wyprostowanie całkowite w stawie kolanowym niemożliwe z powodów podobnych jak w kończynie górnej. Przy badaniu napięcia stwierdza się opór schodkowaty, wzrastający w miarę wzrostu niepokoju. Mowa nosowa, zatarta, w miarę silniejszego podniecania się ruchowego, coraz niewyraźniejsza.

W okresie podniecenia stwierdza się u niej charakterystyczny zespół ruchowy: krok naprzód z równoczesnym obrotem wkoło własnej osi w lewo (coś, co przypomina krok taneczny). Ruchy te potrafi chora powtarzać kilkadziesiąt razy z rzędu. Często podnosi ramię w górę i do boku, tułów przechodzi w skoliozę w prawo w górnej części piersiowej i w lordozę w części piersiowo-lędźwiowej. Jednak to dystonoidalne ustawienie tułowia występuje jedynie w chwilach największego podniecenia. (Ryc. 1. przedstawia zdjęcie migawkowe). W tych okresach podniecenia zauważa się także drganie poszczególnych grup mięśniowych. Ogólny obraz hyperkinezy jest niepodobny do żadnej innej opisanej, choć miewa poszczególne składniki już opisane.

Próba kreatyninowa dała wynik normalny; ciężar ciała 28 kg. Maksimum wydzielania 588, współczynnik 21, minimum wydzielania 476, współczynnik 17, medjum wydzielania 532, współcz. 19. Na szczycie podniecenia można zauważyć apraksję psychomotoryczną w sensie Kleista, celowa tendencja ruchu zostaje spaczoną przez istnienie współruchów; zaburzenie występujące w spokoju zaledwie w śladach. Chwiejność postawy ciała. Odruch na małe bodźce, dziwaczność w kolejności unerwienia grup mięśniowych



Ryc. 1.

zdają się wskazywać, że obwód (czasowe położenie obwodowych części ciała) może być bodźcem dla ośrodkowej podniety ruchu. Analizując poszczególne części tej hyperkinezy można wykazać obecność aktów impulsywnych, ruchów atetoidalnych, pewnych objawów ballistycznych. Całość daje obraz dziwaczny i dotychczas niesprecyzowany. W spokoju, omówione właśnie ruchy znikają, jednak zwykłe ruchy chorej są kanciaste, niewykończone. Inne chore śmieją się często z niej, kiedy wykonywa zwykłe zajęcie (ścieranie prochu). Chora wyrzuca nagle ramię wysoko w górę, — podobnie jak widzi się w pląsawicy — zostaje w niewygodnej postawie. Ma się wrażenie, jakoby ekonomja energji przy wykonywaniu pewnego ruchu była jej nieznaną. Często widzi się, że początek ruchu ma inny cel, niż jego koniec, chora jakby jeszcze nie znała w początku ruchu celu, do którego ruch podąża. Niezdecydowanie ruchów — początek ruchu daje dopiero podnietę celową następnej części ruchu.

Widzi się u naszej chorej dość często toniczny kurcz nastepowy. Ten jest przeważnie pochodzenia psychicznego. Gdy chora boi się czegoś lub prosi bez skutku, potrafi zacisnąć pięść lub chwycić za chałat z taką siłą, jakiej się u niej nigdy nie zauważa. Kurcz ten jest dla chorej bolesny, trwa 2—3 minuty, poczem chora może sama rękę otworzyć. W czasie kurczu, mimo usiłowań, ręki nie otworzy. Stwierdzono u naszej chorej także infantylizmy ruchowe (Homburger). W czasie niepokoju można wywołać odruch Moro. Przy siedzeniu — stopy we fleksji plantarnej i supinacji. Synergja zginaczy w przewadze, skłonność do propulsji, wzrastająca w czasie podniecenia. Rozprzężenie się ruchów w czasie podniecenia. Genezę i znaczenie tych objawów omówimy przy ujęciu całości.

Dok. nast.

SPRAWOZDANIA POGLĄDOWE.

Dr. A. MESTER. Kraków.

O leczeniu szczepionkowem „reumatyzmu“ [1]).

Ze stacji Przeciwreumatycznej „TOZU“ w Krakowie.
Kierownik: Dr. A. Mester.

Sprawie reumatyzmu poświęcają coraz więcej uwagi, zarówno sfery lekarskie jak nielekarskie. Wśród tych ostatnich zwłaszcza zainteresowane są bezpośrednio klasy pracujące, pracodawcy, rozmaite zakłady ubezpieczeń społecznych.

W Anglji komitet dla walki z reumatyzmem i angielskie ministerstwo zdrowia zajęły się z całą energją i systematycznie tą sprawą. Podobnie dzieje się i w innych państwach. Odkąd lecznictwem zaczęły się na wielką skalę zajmować zakłady społeczne, a więc u nas Kasy chorych, powstała możność statystycznego zestawienia chorób reumatycznych pod względem ich częstości, kosztów wynikających ze straty dni roboczych, z wypłaty zasiłków, z kosztów leczenia i z niezdolności do pracy. Sporo trudności sprawia tu jednak brak zupełnie ścisłego określenia pojęcia reumatyzmu i braku jednolitego mianownictwa. Dla przykładu nadmienię, że niemiecki komitet zajmujący się ustaleniem mianownictwa a wyłoniony przez Niemieckie Towarzystwo Walki z Reumatyzmem zwrócił się z zapytaniem do tamtejszych Kas chorych z prośbą o przysłanie dat statystycznych objaśniających o ilości i jakości chorób reumatycznych, załączając uproszczony schemat dotyczący tylko przypadków:

1) ostrego gośćca stawowego; 2) przewlekłego gośćca stawowego: a) bez widocznych zmian, b) z widocznemi zmianami; 3) ostrego i przewlekłego gośćca mięśniowego; 4) ostrych i przewlekłych cierpień reumatycznych nerwów; i 5) prawdziwej dny. Na ten uproszczony schemat i przeznaczony dla przeciążonych pracą lekarzy, wiele Kas chorych nie mogło dać odpowiedzi z powodu nazbyt ogólnikowych rozpoznań wpisywanych na kartach chorych. Skutkiem tego podjęto zadanie zmierzające do zaciekawienia szerokich sfer lekarskich chorobami reumatycznemi przez urządzanie kursów dokształcających tak przy uniwersytetach jak i w uzdrojowiskach przeciwreumatycznych, a prowadzonych przez lekarzy zajmujących się szczególnie tym działem. U nas sprawa ta nie przedstawia się również korzystnie. Wynika to z danych statystycznych ogłoszonych przez Ministerstwo Pracy i Opieki Społecznej w rocznikach Ubezpieczeń Społecznych w Polsce, gdzie spotykamy się z rubryką: Gościec (rheuma) bez podania bliższej charakterystyki.

Drugie pytanie: ile chorób reumatycznych kryje się pod rubryką „Choroby kości z wyłączeniem gruźlicy“? O dnie niema tam zupełnie wzmianki.

Z cyfr tych wynika, że ogółem w latach 1925—1927 włącznie, stosunek reumatyzmu do gruźlicy przedstawia się wśród obowiązkowo ubezpieczonych jak 130.6 : 81.9, wśród członków rodzin jak 75.9 : 63.6.

O częstości reumatyzmu świadczą między innemi cyfry osób, pobierających renty inwalidzkie z zakładów ubezpieczeń społecznych. Dla przykładu podam zestawienie Ubezpieczalni krajowej w Poznaniu.

Ilość osób, którym przyznano rentę inwalidzką:

Rok	z powodu reumat.	z powodu gruźl.
1925	573	244
1926	808	272
1927	667	392

W Polsce nie posiadamy do tej chwili zestawień objaśniających o trwaniu inwalidztwa reumatycznego i o długości okresu czasu wypłaty rent inwalidzkich. Zestawienia zagraniczne mówią, że obciążenie z tego tytułu jest znacznie większe, aniżeli w przypadkach gruźlicy, która o wiele szybciej kończy się zejściem śmiertelnem.

W związku z tem, że reumatyzm jest przyczyną niezdolności do pracy przez uszkodzenie narządów ruchu, uszkodzenie serca, jak i przez liczne zgony, przeszedł on do rzędu t. zw. wielkich chorób za jakie uważa się nowotwory, gruźlicę i kiłę. W roku 1924 zanotowano w Anglji 60.000 zgonów z powodu serca, z tego conajmniej połowa jest pochodzenia reumatycznego. Carey F. Coombs uważa, że prawie wszystkie zgony sercowe przed 40-ym rokiem życia są pochodzenia reumatycznego. Po nowotworach i gruźlicy zajmuje reumatyzm jako przyczyna zejść śmiertelnych w Anglji 3-cie miejsce. Dowodem, że i u nas docenia się doniosłość reumatyzmu jest istnienie Towarzystwa Walki z Reumatyzmem z siedzibą w Warszawie, wielka ilość uczestników na I-szym Zjeździe w sprawie badania i zwalczania reumatyzmu w Inowrocławiu, tudzież postawienie reumatyzmu jako jednego z głównych tematów przyszłego Zjazdu Internistów Polskich w Krakowie.

Pozwolę sobie omówić w krótkości leczenie szczepionkowe schorzeń reumatycznych a zwłaszcza leczenie szczepionką zwaną kutiwakcyną Paula [2]), a to z powodów następujących:

1) Leczenie schorzeń reumatycznych stawowych i niestawowych, a zwłaszcza stawowych przewlekłych jest tak niewdzięczne i trudne, że witamy z prawdziwem zadowoleniem każdy postęp na tej drodze. W dziale „leczenie“ pierwotnego postępującego przewlekłego reumatyzmu stawowego, spotykamy w odpowiednich podręcznikach obok higjeniczno-dietetycznych przepisów całą falangę zabiegów fizykalnych, moc środków farmakologicznych, podawanych wszelkiemi dostępnemi drogami, długi spis miejsc kąpielowych, a w końcu zdanie, że sprawa chorobowa z braku środka leczniczego postępować będzie dalej, prowadząc w mniej lub więcej szybkim czasie do kalectwa od którego może uwolnić chorego jedynie śmierć — wybawicielka.

Istotnie, dzięki długotrwałości choroby mamy zwykle czas na stosowanie wszystkich wymienionych zabiegów leczniczych ze skutkiem jednak zawsze tym samym t. j. ujemnym. Każdy więc nowy lek podany powinniśmy dobrze wypróbować, zanim go się w lecznictwo przyjmie lub odrzuci.

2) Podane wyniki w piśmiennictwie, które się dotąd ukazały są niezgodne ze sobą, różne są wskazania i przeciwwskazania. Co do wyników to najlepsze podaje Paul w Wiedniu, najgorsze Freund z Wiednia i Niemcy — pośrodku są wyniki lekarzy polskich i czeskich (Goldbaum, Peker itd., Cmunt).

3) Niemcy, którzy dotąd odnosili się do szczepień skórnych niechętnie i pesymistycznie, (zwłaszcza kliniki i szpitale), dzisiaj zmieniają zdanie.

Wynika to z oświadczenia Dra Géronne'a, dyrektora oddziału wewnętrznego Miejskiego Szpitala we Wiesbadenie, wypowiedzianego na 5-tym zjeździe Niemieckiego Towarzystwa dla walki z reumatyzmem. Ten znany badacz reumatyzmu i chorób przemiany materji, omawiając na tymże zjeździe klinikę schorzeń reumatycznych powiada, że po stosowaniu szczepień Ponndorfa wprawdzie dopiero od $^1/_4$ roku ma wrażenie, że ta metoda szczepień w reumatyzmie jest godną uwagi. To samo odnosi się również do ktw. P. Należy więc w odpowiednich przypadkach reumatyzmu stosować szczepienia skórne, a nie odrzucać ich tylko dla tego, że niektórzy zbyt gorliwi jej zwolennicy zachwalają ją bezkrytycznie we wszystkich sprawach chorobowych.

5) Mam w dokładnem $1^1/_2$-rocznem leczeniu wielu reumatyków, leczonych szczepieniami ktw. P. z którą to metodą zapoznałem się u radcy Dra Paula we Wiedniu.

Dane, które tu podam, pochodzą głównie z Przychodni Reumatycznej „TOZU“ w Krakowie. Zamierzeniem mojem było stworzenie przychodni na wzór angielskiego „arthritis unit“ w której miał pracować internista, mając zapewnioną pomoc laryngologa, dentysty, rentgenologa, ortopedy i chemika-bakterjologa. Plan ten udało mi się tylko częściowo uskutecznić, gdyż współpracuje ze mną tylko laryngolog, w mniejszym stopniu rentgenolog, — a to z powodów finansowych.

Chory po zebraniu wywiadów i zbadaniu wewnętrznem jest skierowywany do laryngologa, który w swoim zakresie poszukuje ognisk zakażenia. Z odpowiedzią chory wraca do mnie, gdzie jest powtórnie internistycznie badany. Następnie chory zależnie od schorzenia ma się rzadziej lub częściej pokazywać. Chciałbym tu podnieść bardzo ważny szczegół, mianowicie prawdziwość zapodań chorych. Wszakże w niektórych chorobach reumatycznych jesteśmy głównie zdani na zapodania chorych, są one dla nas ważne zarówno rozpoznawczo jak i leczniczo. W przychodni zapodania chorych są prawdziwe, gdyż chory nie ma żadnych powodów wprowadzać lekarza w błąd. Niema tu sprawy zasiłków ani zwolnienia od pracy. Z drugiej strony, lekarz może dowolnie prosić chorego do siebie, bez narażenia się na zarzut natury finansowej, jak to może mieć miejsce w praktyce prywatnej.

Historje choroby prowadzę według wzoru podanego przez Międzynarodową Ligę dla Walki z Reumatyzmem; posługuję się mianownictwem angielskiem. Nie uwzględnione w mianownictwie angielskiem zmiany stawowe o znanem tle zakaźnem, jak wiewiórowe, kiłowe, gruźlicze i t. d. notuję osobno.

Z 250 chorych Przychodni przeciwreumatycznej wydzielić muszę 50 t. j. 20%, których schorzenie było innego pochodzenia. Na tę cyfrę pseudo-reumatyzmów jak je nazwał Bergmann na IV. Zjeździe niemieckiego Towarzystwa Walki z Reumatyzmem, a która to nazwa nie powinna pozostać, gdyż Francuzi określają

---

[1]) Odczyt wygłoszony w Krakowskiem Towarzystwie Lekarskiem dn. 5 listopada 1930.

[2]) Kutiwakcyna Paula = Ktw. P.

nazwą pseudo-reumatyzmów schorzenia stawowe o znanem tle zakaźnem, jak wiewiórowe, durowe i t. d. — na te zatem niereumatyzmy składały się bóle na tle rozszerzenia tętnicy głównej, miażdżycowem i kiłowem, bóle anginoidalne, bóle na tle nowotworów i t. d. Za przykład może służyć chory 58-letni, który skarżył się na stałe, czasami nasilające się bóle w lewej kończynie górnej; badanie fizykalne i rentgenologiczne wykazało u niego tętniakowate rozszerzenie tętnicy głównej, zwłaszcza części zstępującej. Po zastosowaniu diuretyny z papaweryną bóle te złagodniały. Bardzo częstą przyczyną bólów w zakresie kończyn dolnych i to nietylko stóp i podudzia, ale i uda, są sprawy pochodzenia statycznego w związku z stopą płaską, płasko koślawą, z paluchem koślawym, żylakami i t. d. Częstą przyczyną bólów w krzyżach są też u kobiet narządy rodne tudzież nawykowe zaparcie stolca. Z powodu nadciśnienia stałego lub napadowego przy schorzeniu gruczołów dokrewnych bardzo wiele spraw chorobowych może dać bóle, które w braku rozpoznania określa się, a co gorsza i leczy jako „reumatyzm". Ta cała grupa niereumatyzmów musi być wyłączoną od szczepień ktw. P., a zdarzyło się, iż pewien chory mający stopy płasko-koślawe, otrzymał u jednego z lekarzy 15 szczepień ktw. P., — naturalnie bez skutku.

Drugą sprawą jest kwestja *„focal infection"*. W przypadkach wykazania ognisk nie należy stosować ktw. P., zanim nie usunięto ognisk i nie przeczekano terminu samoistnego wyleczenia po usunięciu ich. W przypadku *tonsillitis chron.* z czopami ropnemi, czy *Highmoritis* szczepienia te nie powinny być stosowane, chyba, gdy zachodzi niemożliwość usunięcia lub leczenia ogniska. W tym wypadku jednak, gdy można dostać materjał, np. ropę, większą wagę przykładam do stosowania szczepionki własnej (autowakcyny), niżli do nieswoistej ktw. P.

Dla przykładu podaję: chory lat 42, ma od kilku miesięcy dokuczliwe bóle w stawach i krzyżach. Już w 17-tym roku życia rzekomo *„lumbago"*, w ciągu kilku tygodni. Ale w 15-tym roku życia miał wiewióra ze zajęciem tylnej cewki i gruczołu krokowego — następnie szereg zakażeń wiewiórowych i zakażenie kiłowe. Obecnie *prostatitis gon., lues vasculosa.* Lekarz stosował tu szereg szczepień ktw. P. Oczywista rzecz, że ktw. Paul'a zawiodła.

Wykluczyć więc należy z leczenia ktw. P. przypadki niereumaztymów, i reumatoidów (t. zw. reumatyzmy o znanem tle zakaźnem) z ogniskami dającemi się usunąć lub wyleczyć.

Przechodząc do właściwych reumatyzmów wspomnę, że mianownictwo Angielskiego Ministerstwa Zdrowia podzieliło schorzenia reumatyczne na 3 grupy:

Grupę A) reumatyzmy zapalne: należą tu ostry i podostry gościec stawowy;

Grupę B) reumatyzmy niestawowe: tu należy reumatyzm mięśniowy, *lumbago, ischias, neuritis brachialis;*

Grupę C) przewlekłe zmiany stawowe: tu należą *rheumatoid-artritis, osteo-arthritis,* dna, i niedające się sklasyfikować schorzenia stawowe.

Grupa A) 1) W ostrym gośćcu stawowym stosowanie salicylu w dużych dawkach wg. Daniélopolu lub Petersa daje wyniki bardzo dobre. Nie wchodząc w to, czy salicyl należy uważać za lek swoisty, czy nie, stwierdzić muszę, że nawet przeciwnicy swoistego działania salicylu, przyznają mu właściwości lecznicze daleko wychodzące poza ramy leku objawowego. W rzadkich przypadkach, w których salicyl był źle znoszony lub zawodził, stosowaliśmy leczenia pyramidonem wg. Schottmüllera z dobrym wynikiem. Ktw. P. w ostrym gośćcu nie miałem potrzeby stosować. Peker po wypróbowaniu Ktw. P. w ostrym gośćcu stawowym, nie wyraża swego sądu ostatecznego, co do wyższości tego leczenia ponad inne.

2) Podobnie w podostrym gośćcu stawowym (nazwy tej używam w znaczeniu mianownictwa angielskiego, a więc dla określenia łagodnego charakteru, a nie w znaczeniu jakie ona ma na kontynencie, tj. czasowem), stosowanie salicylu ew. pyramidonu daje dobre usługi. W 2-ch przyp. podostrego gośćca stawowego, gdzie chory nie znosił leków podawanych doustnie, stosowałem Ktw. P. z dobrym wynikiem. Zresztą zakresem wyznaczonym przez wynalazcę dla tej szczepionki, są reumatyzmy przewlekłe, a nie ostre.

Grupa B) Reumatyzm niestawowy.

3) Reumatyzm mięśniowy. Wyodrębnili go klinicyści francuscy Teissier, Bouilland i wraz z Lorenzem opisali następująco: choroba charakteryzuje się bólami mięśniowemi, które nazwano myalgją. Wskutek bólów może on prowadzić do zaburzeń czynnościowych, nawet uporczywych przykurczeń, lecz nie powoduje zmian anatomicznych i za życia poza wspomnianemi przykurczeniami żadnych przedmiotowych zmian nie daje. Później dopiero stwierdzono w schorzałym odcinku mięśni, ważną przedmiotową zmianę w postaci stwardnień w mięśniu, które można dość często napotkać, a których nie należy stawiać na równi z t. zw. węzłami przyczepowemi opisanemi przez A. Müllera, będącemi bez znaczenia rozpoznawczego. Do najczęściej spotykanych postaci reumatyzmu mięśniowego należą:

a) *myalgia lumbalis (lumbago).* Ponieważ łatwo o pomyłkę rozpoznawczą, gdyż bóle w tej okolicy mogą dać *spondylitis def., spondylarthritis ankylopoëtica,* zajęcie nerwu kulszowego zwłaszcza górnej jego gałązki, urazy, *spina bifida,* gruźlica kręgów i guzy kości, zwłaszcza przerzutowe, — wskazane jest wczesne zdjęcie rentgeniczne,

b) *myalgia cervicalis, capitis, deltoides* i inne.

Myalgia pectoralis, intercostalis i *abdominalis* ważne są ze względu na trudności rozpoznawcze, gdyż wolno nam myśleć o bólu mięśniowym po wykluczeniu neuralgji śródżebrowych, zapalenia opłucnej, schorzenia narządów brzusznych i t. d.

Nie wchodząc w teorje tłumaczące przyczynę bólów i stwardnień w reumatyźmie mięśniowym, podniosę ważność tła tak ze względu na rozpoznanie, jak zapobieganie i leczenie. I tak przyczyną mogą być: zakażenia zewnątrz- lub wewnątrz-ustrojowe, wadliwa przemiana materji (wg. Goldscheidera myalgje dnawe są bardzo częste), zatrucia, przeziębienia, urazy i t. d.

Z 35 chorych na reumatyzm mięśniowy stosowałem u 12-tu Ktw. P., gdyż inni mieli albo widoczne ogniska zakażenia, które należało uprzednio leczyć, lub inne względy były przyczyną niemożności szczepień. Na 12 szczepionych ktw. P. miałem 9 wyleczeń i 3 poprawy, które to wyleczenia trwają z górą rok. Chory dostawał od 3—8 szczepień w przerwach od 4—30 dni. Nie postępowałem według żadnego schematu, ponawiając szczepienia zależnie od ogólnego i miejscowego odczynu. Zawsze stosowałem tylko jedną ampułkę, uważając, że wyższość ktw. P. jako formy osłabionej proteinoterapji leży właśnie w jej słabym odczynie ogólnym bez dużych wychyleń, działających na osobnika reumatycznego raczej niekorzystnie. Zgodnie więc z innymi autorami miałem w reumatyzmie mięśniowym dobre wyniki.

4) *Lumbago.* Przypadków miałem 9. U 4-ch szczepiłem ktw. P., z tego były: 2 wyleczenia, 1-a poprawa, 1 bez poprawy. Szczepień wykonałem 4—5. Kto wie, czy leczony bez skutku, gdyby był miał cierpliwość i dostał większą ilość szczepień, np. 8 lub 10 nie byłby wyleczonym?

5) *Ischias.* Na 26 chorych z rwą kulszową stosowałem w 9 przypadkach ktw. P. z wynikiem następującym: 1 przypadek wyleczony już po 4-ch szczepieniach, trzy po 5-ciu szczepieniach, jeden po 6-ciu szczepieniach wykazywał poprawę, lecz wkrótce przyszło do nawrotu, (po zastosowaniu wakcyneuryny domięśniowo nastąpiła znaczna i trwała poprawa); dwa wyleczenia po 7-miu szczepieniach, jedno wyleczenie po 8-miu szczepieniach. Natomiast w przypadku ciężkiego schorzenia nerwu kulszowego ze skrzywieniem kręgosłupa, po krótkotrwałej poprawie, osiągniętej 3-ma szczepieniami nastąpił nawrót bólów w nasileniu początkowem.

Nastąpiło dalszych 5 szczepień ale bez skutku. Chorą skierowałem wobec tego do leczenia szpitalnego, gdzie stosowano salicyl, mleko i wakcyneurynę domięśniowo, lampę kwarcową, diatermję, piecyki elektryczne i t. d., wszystko bezskutecznie. W innym przypadku 6 szczepień nie dało ani śladu poprawy. Chory wyjechał do Swoszowic, gdzie przeprowadzał 6-tygodniowe leczenie (kąpiele siarczane), które jak dotąd t. j. w 10 tygodni po ukończeniu, poprawy żadnej nie dało. Tak więc miałem na 9 przypadków, 6 wyleczeń, 1 poprawę i 2 przypadki leczenia bez skutku. Te ostatnie były bardzo oporne na leczenie innemi sposobami, gdyż ani leczenie szpitalne ani kąpielowe poprawy nie przyniosły. Dobre moje wyniki pokrywają się z danemi innych autorów.

Grupa C) Przewlekłe choroby stawów.

6) *Rheumatoid arthritis.* Jest to jeden z najsmutniejszych rozdziałów przewlekłych chorób stawowych. Ta sprawa chorobowa ma w historji swej wiele nazw (Przibram zebrał ich 21). Pod nazwą *rheumatoid arthritis* kryje się przypuszczalnie kilka różnych chorób. Pojawia się zwykle między 30 a 40-tym r. życia, lecz może wystąpić w każdym wieku, u kobiet jest 3 razy częstszą niż u mężczyzn. Ma odrazu wybitnie przewlekły charakter, lecz może się także zacząć ostro. W przebiegu widzimy podostre napady z podniesieniem ciepłoty od 37—38° C. Wyróżnić możemy 4 okresy: 1) okres zwiastunów cechujący się parestezjami, skurczami i bólami wzdłuż kości, 2) okres zapalenia stawów, często z gorączką do 38° C, 3) okres zniekształceń, początkowo niestałych, później ustalających się, i 4) okres charłactwa. Według klinicystów angielskich, zmiany są głównie okołostawowe. Zaczynają się w stawach palców rąk i nóg 1-szej i 2-giej falangi (palca wskazującego i średniego), później zostają zajęte stawy kończyn górnych i dolnych. Charakter wybitnie postępujący, obu-

stronny, symetryczny i zdążający od obwodu ko środkowi. Towarzyszą zmiany odżywcze skóry i jej przydatków (paznokcie), tudzież zmiany zanikowe w mięśniach. Stawy są obrzękłe, blade o kształcie wrzecionowatym z wcześnie upośledzoną ruchomością, skutkiem zesztywnień łączno-tkankowych lub kostnych. Chory ma cerę woskowo-bladą, wychudzony, niedokrewny.

Badanie krwi wykazuje niedokrwistość miernego stopnia, leukocytozę z względną limfocytozą i szybkie opadanie krwinek. Stwierdza się często niedokwasotę, wzgl. brak wolnego kwasu solnego. Przemiana podstawowa jest często zwolniona; ilość kwasu moczowego we krwi bywa prawidłowa. Choroba ma wybitnie przewlekły charakter, trwa 5—10—15 lat i prowadzi do ciężkich zesztywnień, początkowo włóknistych, później kostnych. W końcowym okresie bóle zwykle są mniejsze, wysięki świeże nie pojawiają się, chory umiera z innej przyczyny, przyczem gruźlica nie jest tu częstszą, niż w innych chorobach. Czasami przebieg jest mniej złośliwy, sprawa prędzej ustaje, zniekształcenia są mniejsze. Z 36 przypadków należących do tej grupy stosowałem w 19 szczepienia ktw. P. bez skutku. Ani bóle się nie zmniejszyły, ani ruchomość się nie polepszyła, nie mówiąc oczywiście o zmianach anatomicznych, które naturalnie nie cofnęły się. Tu uderza rozbieżność, pomiędzy wynikami innych autorów a mojemi. Możliwie, że przyczyną jest znowu różnolite mianownictwo. W tej postaci schorzenia stawowego w całem słowa znaczeniu przewlekłego, dającego największy odsetek kalek Ktw. P. najzupełniej zawiodła. Wedle sprawozdania Angielskiego Ministerstwa Zdrowia z 1924 r. przewlekłe schorzenia stawów były powodem dwukrotnie większej liczby utraconych dni roboczych, aniżeli z powodu reumatyzmu mięśniowego, postrzału i rwy kulszowej razem wziętych.

7) W 9-ciu przypadkach *osteoarthritis*, dotyczących 5 razy stawu barkowego, 3 razy stawu kolanowego, a raz stawu biodrowego, również ani jednego przypadku polepszenia ani poprawy nie widziałem.

H. Warren Crowe lekarz bakterjolog w Harrogate leczy *rheumatoid-arthritis* i *osteo-arthritis*, jakoteż przewlekłe reumatyzmy mięśniowe swoistemi szczepionkami. Uważa, że przyczyną *rheum.-arthritis* jest pewna odmiana gronkowca białego, zwanego przez autora *micrococcus deformans* którego wyhodował z moczu, kału, z zębów, z migdałków i t. d. chorych na tę chorobę. Przyczyną zaś *osteo-arthritis* i większości przewlekłych reumatyzmów niestawowych mają być paciorkowce.

Kiedy Crowe ogłosił swą pracę w r. 1912 zarzucano mu, że wyhodowane bakterje są wtórnem zakażeniem. Autor broni się, wskazując na fakty następujące: 1) surowica chorych na *rheum-arthritis* aglutynuje *m. def.* we większem rozcieńczeniu, aniżeli surowica innych ludzi, 2) z kości chorych na *rheum.-arthritis* wyhodował *m. def.* Zależnie od przypadku stosuje odpowiednią szczepionkę, w przypadku zaś *arthritis mixta* stosuje obie szczepionki. W 2-u obszernych monografjach omawia szczegółowo technikę a zwłaszcza dawkowanie szczepionek. Ciekawe są wyniki podane przez autora. Własnych chorych miał 29, w tem 17 lekkich przypadków. Z tych 17 przypadków osiągnął w 10-ciu wynik leczenia „możliwie najlepszy", jeden zadawalniający, 5 pozostaje nadal w leczeniu, 1 bez skutku. W 12 przypadkach ciężkich schorzeń w 9-ciu znów wynik „możliwie najlepszy", 2 w leczeniu, 1 bez skutku. Szereg innych chorych leczył się u innych lekarzy, autor zaś sporządzał im tylko szczepionki z przysłanego materjału. Stan ich podaje bądźto na podstawie doniesień lekarzy leczących, lub samych leczonych. Miarodajne dla nas mogą być własne spostrzeżenia autora, jak widzimy niebardzo zachęcające. Inni badacze jak Stockman i Boorstein z Montefiore Home w N. Yorku, uważają również leczenie przewlekłego reumatyzmu stawowego szczepionkami nietylko za bezskutecznie, ale nawet za szkodliwe.

8) Dna. W typowej ostrej dnie stawowej stosujemy obok diety bezpurynowej kolchicynę i atofan, przynoszący we większości przypadków szybką ulgę. Ważniejszą dla nas jest sprawa leczenia przewlekłej nietypowej dny stawowej.

Miałem 7 przypadków tej postaci. W 4-ch stosowałem ktw. P., z tego w 1-ym przypadku po drugiem szczepieniu nastąpiło zajęcie stawu kolanowego dotąd wolnego, — (może niezależnie od szczepień). W drugim przypadku stosowałem 5 szczepień, w trzecim 8, bez skutku. Czwartego chorego pozwolę sobie szerzej omówić. Pacjent 57-letni od 12 lat miewa bóle w stawach skokowych i w palcach rąk i nóg. Bólom tym towarzyszy obrzęk i zaczerwienienie stawów. Napady bólów pojawiają się w odstępach 1—3 lat i trwają kilka tygodni do kilku miesięcy. Ostatnio od 6 tygodni b. silne bóle w prawym stawie skokowym i w stawie międzypalcowo-palcowym wskazującym prawej ręki. Bólom towarzyszy obrzęk i niewielkie zaczerwienienie. Chory przez cały czas leży w łóżku. Przez długi czas był leczony z powodu *arthritis def.* kąpielami siarczanemi, salicylem, atofanem, atofanylem i t. d. Stwierdziwszy u chorego dnę stawową (*tophus* na małżowinie usznej), zastosowałem dietę, bezwzględnie mało-purynową i atofan.

W dniu tym chory był bez bólów, w nocy spał bez pomocy środka nasennego, bez którego dotąd obejść się nie mógł. Stan ten bez bólów ciągle się utrzymywał, obrzęki stawów zmniejszały się. Z każdym dniem poprawa wybitniejsza. Po wstaniu z łóżka na prośby chorego, a zachęcony wynikami osiągniętemi ktw. P. ogłoszonemi przez Cmunta, zacząłem mu stosować szczepienia ktw. P., których dotąd miał 12. Człowiek ten obecnie pracuje, ma się dobrze, lecz jest ciągle na diecie małopurynowej i od czasu do czasu używa atofanu, po którym drobne jego dolegliwości stawowe zaraz ustępują. Wynik leczniczy zawdzięczam tu diecie i stosowaniu atofanu, zaś szczepienia ktw. P. co najwyżej wyniku nie psują. Goldbaum i Cmunt, a zwłaszcza ostatni miał wyniki dobre, dochodzące do 9,6% wyleczeń i 65% poprawy. Co do mnie, podobnie jak Cianciara nie miałem w dnie żadnych wyników dodatnich.

Przechodzę do schorzeń stawów, objętych przez Gerhardta nazwą reumatoidów, zaś przez Francuzów nazwą pseudoreumatyzmów. Z tych najważniejszym ze względu na częstość jest wiewiórowe zapalenie stawów. Występuje ono zwykle między 15-tym a 30-tym rokiem życia, lecz może być także u oseseków i starców. U mężczyzn bywa częściej niż u kobiet. Według Ravaut'a znajdujemy je w 3% zakażeń gonokokiem. Wiewiórowe zapalenie stawów jest w 2-ch na trzy przypadki wielostawowe, a w 50% zajmuje staw kolanowy. Zapalenie stawów wiewiórowe może wystąpić ostro lub odrazu przewlekle. Ostro pod następującemi formami: 1) *f. arthralgique*, 2) *f. hydarthrosique*, 3) *f. suppurée*, i 4) *f. pseudophlegmoneuse*. Najczęstszem powikłaniem ostrego wiewiórowego zapalenia stawów jest przejście w przewlekły, w przeciwieństwie do płoniczego, które z zasady ustępuje bez śladów. Ostry gościec stawowy jest co do częstości przechodzenia w przewlekły na pograniczu, gdyż w rzadkich tylko przypadkach przechodzi w przewlekły. Z pośród rozmaitych postaci ostrego wiewiórowego zapalenia stawów, najczęściej przechodzi w przewlekłą *forma pseudophlegmonosa*, rzadziej ropna wysiękowa, a najrzadziej postać wielostawowa i zwykłe artralgje. Lecz nawet najłagodniejsze bóle stawowe mogą być początkiem przewlekłego, ogólnego, postępującego, wiewiórowego zapalenia stawów. Jakość i rozmiar uszkodzeń zależy od ilości i natężenia nawrotów, pozostawiających po sobie zmiany włókniste. Te włóknisto zmienione stawy, będąc siedliskiem nielicznych, lecz bardzo opornych gonokoków, mogą każdej chwili spowodować zaostrzenie sprawy chorobowej, która przedstawia się różnie, zależnie od zajętego stawu. W stawach łokciowych, kolanowych, garstkowych, skroniowo-szczękowych spotykamy się z obrazem zw. *arthrite plastique ankylosante*. Skutkiem tego przychodzi do ograniczenia, a nawet zupełnego zniesienia ruchów. Przyczyną jest zniszczenie powierzchni stawowych, ocieranie się obnażonych powierzchni kostnych o siebie, dołącza się zwapnienie lub skostnienie torebek, więzadeł i hiperostozy nasad kostnych. W stawach kończyn dolnych np. stopy, ścięgna, będące w stanie zapalnym rozluźniają się, sklepienie podeszwowe ulega spłaszczeniu i przychodzi do obrazu, który nazywany *„pied plat douloureux blenorrhagique"*. Kość piętowa jest często siedliskiem hiperostoz, bądźto na tylnej powierzchni na wysokości przyczepu ścięgna Achillesa, badźto na powierzchni podeszwowej. Hyperostozy te są przyczyną gwałtownych bólów w czasie chodzenia. Mogą je nawet zupełnie uniemożliwić. Przedstawiają one anatomiczne podłoże stanu zw. *talalgie blenorrhagique*. Znajdujemy je jedno lub obustronnie. W zakresie rąk i nóg, zajęte stawy palcowe przedstawiają się jako twardy obrzęk na skutek przerostu nasad kostnych i hiperplazji tkanki włóknistej, stawowej i okołostawowej. Obrzęk ten powoduje ograniczenie ruchów bez zesztywnień, tudzież bóle miernego stopnia. Obraz ten nazywamy *dactylite pseudogoutteuse* lub *pseudonoueuse* (Fournier), gdyż przypomina dnę. W przypadku zajęcia stawu międzypalcowo-palcowego palucha podobieństwo do dny staje się silniejszem tak przez umiejscowienie, jak i przez znaczniejsze bóle ze zaczerwienieniem skóry. Obok tych ograniczonych do jednego stawu lub do kilku, istnieje też rzadsza forma przewlekła uogólniona. Ostrych zapaleń wiewiórowych nie leczyłem szczepieniami ktw. P.; natomiast z 6-ciu przypadków przewlekłych szczepiłem w 5-ciu przypadkach ktw. P. Jeden chory przedstawiający obraz *pied plat douloureux blenorrhagique* u którego dotychczasowe leczenie specyficzne i fizykalne było bez skutku, już po drugiem szczepieniu wykazywał poprawę, która stale postępowała tak, że chory, który przyszedł o 2 laskach, obecnie chodzi bez laski i wykonuje ciężką

pracę fizyczną. Również 2 przypadki *talalgie blennorrhagique* po 7-miu szczepieniach wykazały znaczną poprawę.

Zesztywnienia kręgosłupa występują skutkiem spraw zapalnych i zwyrodnieniowych trzonów kręgowych, powierzchni stawowych i połączeń stawowych, tudzież chrząstek międzykręgowych i łączących ścięgien. Opisane dwie postacie, jedna przez Bechterewa, druga przez P. Marie i Strümpla są często mieszane, tak, że dzisiaj przyjmujemy przeważnie podział Fränkla i Anschütza, oparty na danych anatomicznych i rentgenologicznych. Rozróżniają oni: a) *spondylarthritis ankylopoetica*, gdzie jest schorzenie stawów między pojedyńczemi kręgami i między kręgami a żebrami, zwykle w całym kręgosłupie i b) *spondylitis* wzgl. *spondylosis def. chron.*, gdzie najpierw jest zwyrodnienie chrząstek międzykręgowych, trzonów i wyrostków stawowych kręgów, z wtórnemi objawami drażnienia jak w *osteoarthropathia def.* kończyn. Obraz kliniczny w obu tych postaciach charakteryzuje się bólami, występującemi przy ruchach i upośledzeniem czynności zależnie od zajętego odcinka kręgosłupa. Często jest kyfoza, która wraz ze zesztywnieniem nadaje choremu charakterystyczne ułożenie wzgl. postawę. Czasem dołączają się zaburzenia ze strony układu nerwowego, zaniki mięśni i zaniki kostne. W *spondylose rhizomelique* częstem tłem jest wiewiór. W dwóch przypadkach wiewiórowego *spondylose rhiz.* miałem po ktw. P. znaczne polepszenie, jednak niestałe. Przypadków kiłowego zapalenia stawów nie leczyłem ktw. P. W przypadkach reumatyzmu zapalnego gruźliczego (Poncet) stosowałem leczenie ogólne, klimatyczno-dietetyczne i światłem. Ktw. P. nie stosowałem, zwłaszcza wobec współistniejących zmian w płucach.

Streszczając: miałem szczepieniami ktw. P. dobre wyniki w przewlekłych przypadkach schorzeń reumatycznych niestawowych jak w reumatyzmie mięśniowym, w postrzałach i rwie kulszowej (grupa B). Również dobre wyniki osiągnąłem w leczeniu przewlekłych zapaleń stawów na tle wiewióra. Natomiast w przewlekłym postępującym pierwotnym reumatyźmie stawowym, *osteoarthritis* i w dnie — szczepienia ktw. P. dodatnich wyników nie dały, co się zgadza ze spostrzeżeniami, poczynionemi przez innych autorów odnośnie do leczenia tych spraw chorobowych również innemi szczepionkami.

SPRAWOZDANIA I KORESPONDENCJE.

A. KUHN. Lwów.

Przyczynek do historji uchwalenia polskich ustaw o wykonywaniu praktyki lekarskiej i o izbach lekarskich.

Dokończenie.

Równolegle z pracami przygotowawczemi przed wniesieniem ustawy do sejmu, prowadzonemi z inicjatywy rządu, odbywały się prace wszystkich towarzystw lekarskich w Polsce, które zostały spożytkowane na wspomnianej konferencji z 27. kwietnia 1919. Celem konferencji, według sprawozdania drukowanego w Nr. 19. Gazety Lekarskiej z r. 1919., było zorganizowanie stanu lekarskiego wszystkich dzielnic Polski w jedną całość oraz omówienie najpilniejszych spraw bieżących, a mianowicie sprawy kas chorych i izb lekarskich. Komitet organizacyjny tego zjazdu stanowili: Dr. J. Bączkiewicz, W. Starkiewicz, M. Jastrzębski i H. Kucharzewski. W obradach przewodniczył prof. Ciechanowski z Krakowa, a brało udział: 2 delegatów z Krakowa. (Schoengut i Damski), 2 ze Lwowa (Papée i Kohlberger), 3 z Poznania i po jednym z Lublina, Łodzi, Radomia, Siedlec i Sosnowca, nadto (prócz organizatorów) 6 kolegów z Warszawy.

Sprawę izb lekarskich referował dr. J. Jaworski, poczem rozwinęła się dyskusja, w której brali udział dr. Schoengut, prof. Ciechanowski, dr. Papée i dr. Pomorski z Poznania. Papée przedłożył następujące propozycje uzupełniające: do wykonywania praktyki lekarskiej niezbędny jest warunek odbycia roku praktyki szpitalnej; przed rozpoczęciem praktyki lekarz obowiązany jest zgłosić się do izby i wpisać się na listę lekarzy; niezbędne jest wprowadzenie na uniwersytetach katedry medycyny społecznej; konieczne jest stworzenie wzajemnej pomocy dla członków zawodu lekarskiego (kasa dla chorych lekarzy, kasa pensyjna dla wdów po lekarzach).

Powzięto następującą uchwałę: „Zjazd domaga się bezzwłocznego wprowadzenia ustawy o lekarzach (t. zw. ordynacji lekarskiej), obejmującej między innemi postanowienia o izbach lekarskich. Jako podstawę przyjmuje Zjazd projekt przedłożony przez izbę lekarską lwowską".

Zjazd wyłonił z swego grona delegację zjazdu czyli komisję tymczasową, reprezentującą ogół lekarzy polskich i mającą mandat występowania z memorjałami do władz. Delegacja składała się z 15 członków: 5 z Warszawy, którzy stanowili wydział wykonawczy, 2 z Krakowa, 2 ze Lwowa, 2 z Poznania i po jednym z Częstochowy, Lublina, Łodzi i Zagłębia węglowego.

Po kwietniowym zjeździe warszawskim Papée z całą energją zabrał się do propagowania projektu „ordynacji lekarskiej", przyjętego, jak widzieliśmy, przez Zjazd jako podstawa do dalszych rozważań. Projekt wraz z motywami wniesiono 1. V. 1919. do Sejmu i przedłożono Ministerstwu zdrowia publ., zaś 8. V. wysłano go do posłów sejmowych ze Lwowa i do posła dra Rottermunda, zasiadającego w komisji sanitarnej Sejmu, nadto do izby lekarskiej w Poznaniu. Izba krakowska projekt ten już poprzednio rozpatrywała.

Materjał projektu „ordynacji lekarskiej" został przez posła dr. Rottermunda i tow. podzielony na dwie części: a) na projekt „ustawy o ordynacji lekarskiej" wniesiony do Sejmu w dniu 24. VI. 1919 i b) na projekt „ustawy w przedmiocie utworzenia i zakresu działania izb lekarskich w Państwie", wniesiony do Sejmu w dniu 5. lipca 1919. W obu tych projektach, które oznaczymy liczbą I., uwzględniono w wielkiej mierze propozycje lwowskie, w niewielu tylko punktach odbiegając od nich.

W projekcie a) istnieje pewne zamieszanie co do pojęcia praktyki lekarskiej: jest mowa o „wykonywaniu praktyki lekarskiej", o „wykonywaniu prywatnej praktyki lekarskiej" i o „wykonywaniu pomocniczej służby lekarskiej bez prawa prywatnej praktyki", a ostatecznie powiada się, że „wszyscy bez wyjątku lekarze wykonujący praktykę lekarską" winni stosować się do przepisów ordynacji lekarskiej. Również bardzo niejasno jest postawiona kwestja honorarjów lekarskich.

W projekcie b) w art. 3. proponowano postanowienie, że izby są uprawnione do wprowadzania urządzeń ubezpieczeniowych z przymusem należenia; w art. 5. wymieniono szczegółowo te wypadki, w których władze państwowe będą zasięgały opinji izb lekarskich; dalej powtarza się, że wszyscy lekarze wykonujący prywatną praktykę lekarską są przynależni do izby. Zatrzymano jeszcze pojęcie izby lekarskiej w rozumieniu ustawy austrjackiej, zatrzymano tytuł prezydenta izby i rady honorowej. Proponowano kadencję 5-o letnią wydziału i dano wydziałowi prawo karania grzywną członków nie stosujących się do przepisów wydanych przez izbę. Projektowano znacznie ograniczone prawo odwołania się przeciw wyrokom rady honorowej. Wreszcie proponowano udzielić izbom prawo przyznawania „odpowiednich remuneracyj pieniężnych stałych" dla urzędników izby z wyboru.

Wydział izby wsch. gal. uznał, że oba projekty (I) wniesione do Sejmu w zasadniczej swej treści odpowiadają postulatom izby i uchwale zrzeszeń lekarskich powziętej na zjeździe warszawskim, proponował jednak szereg zmian, między innemi w sprawie przynależności do izb lekarzy wojskowych i rządowych, którą projekt b) czynił zależną od zgody ministra zdrowia publ., niemniej w sprawie przeprowadzania wyborów. Żądano wyraźnego postanowienia, że lekarzom, którzy nie zostali wpisani na listę członków izby, nie wolno będzie wykonywać żadnych czynności lekarskich. Proponowano także zmiany postanowień co do cennika lekarskiego.

Ostatecznie izba lekarska w. g. opracowała opinję z 28. X. 1919., zgodną z uchwałami wydziału wykonawczego zrzeszeń lekarskich powziętemi na posiedzeniu w Warszawie 28. IX. 1919., i przedłożyła tę opinję komisji sejmowej zdrowia publ., zaś w odpisie przesłała ją w dniu 3. XI. 1919. izbie krakowskiej z wnioskiem o wniesienie przedstawienia podobnej treści, a także izbie poznańskiej, wydziałowi wykonawczemu zrzeszeń lekarskich w Warszawie, wreszcie kilku posłom sejmowym.

Opinję tę badały czynniki powołane z całą skrupulatnością. Projekty uległy kolejno zmianom i poprawkom, z których niektóre były zwalczane przez wydział izby w. g. Ostatecznie zadecydowano gruntowne przerobienie projektów I. Na posiedzeniu komisji sejmowej w listopadzie 1920 reprezentowali zrzeszenia lekarskie i izby dr. Bączkiewicz i dr. Papée i wtedy delegatom tym oświadczono, że zasięgać się będzie ich opinji tylko co do ustawy o izbach, zaś projekt ustawy o wykonywaniu praktyki lekarskiej ich opinji nie wymaga. Obaj delegaci zaprotestowali przeciwko zmianom uczynionym w projekcie przyjętym na konferencji warszawskiej, jednak zostali zmajoryzowani przez większość obecnych.

Nowy projekt ustaw (II.) został wniesiony do sejmu w dniach 27. i 30. listopada 1920. Projekt ustawy „w przedmiocie wykonywania praktyki lekarskiej" — jak ją obecnie nazwano — skrócono o 5 artykułów. W art. 3. postanawia się, że lekarze, chcący korzystać z przysługującego im prawa wykonywania praktyki

lek., muszą się zarejestrować w państw. urzędzie zdrowia na zasadzie poprzedniego zapisania na listę lekarzy przez właściwą izbę lekarską. Przyjęcie takiego postanowienia byłoby ważną zdobyczą izb, gdyż w razie przejścia takiego postanowienia do ustawy niewątpliwie żaden lekarz nie mógłby pominąć izby przed rozpoczęciem praktyki. Jednak ta stylizacja się nie utrzymała, gdyż widocznie nie chciano oddać izbom w pierwszym rzędzie decyzji co do uznania kwalifikacji lekarza względnie obawiano się, że władza administracyjna będzie musiała uchylać niekiedy wpis na listę lekarzy, dokonany przez izbę, gdyby się np. okazało, że dokumenty przedstawione przez danego lekarza nie są dostatecznym dowodem jego kwalifikacyj. W artykule zawierającym postanowienia o powoływaniu lekarzy do publicznej cywilnej służby zdrowia, bardzo długim, starano się osłodzić gorzką pigułkę różnemi przywilejami dla lekarzy powołanych, jednak izbom nie przyznano w tej sprawie głosu. Sformułowano też ściślej postanowienia o cenniku lekarskim, który ma ogłaszać w stałych odstępach czasu, „urząd zdrowia w porozumieniu z izbą lekarską".

Projekt ustawy o izbach lekarskich skrócono o 6 artykułów. Postanowiono już wyraźnie, że izbę tworzą lekarze danego okręgu. Podobnie jak w projekcie I. i tu się postanawia, że „lekarz uprawniony do wyborów, bez poważnych motywów, nie może uchylić się od wykonania swego prawa wyborczego". Skasowano prawo karania przyznane poprzednio zarządowi izby. Radę honorową wybiera izba, a więc ogół członków; uszczuplono władzę dyscyplinarną rady honorowej w porównaniu z projektem I. Wyrok rady honorowej jest ostateczny. Tylko „w razie istotnego naruszenia form postępowania dyscyplinarnego może oskarżony i prokurator wnieść skargę o zniesienie wyroku".

Możności rozważenia tych projektów i wypowiedzenia się co do nich nie dano ogółowi lekarzy, gdyż już 14. grudnia 1920. nastąpiło czytanie drugie ustaw w Sejmie, a 17. grudnia 1920. miało nastąpić czytanie trzecie i ostatnie. W tej chwili wkracza energicznie Stowarzyszenie lekarzy polskich w Warszawie. Uważając zasady projektów za wadliwe, Stowarzyszenie spowodowało, że wnioski zdjęto z porządku obrad Sejmu w przeddzień ostatecznego czytania trzeciego — w dniu 16. XII. 1920. Stało się to pod wpływem wywodów dr. A. Kozerskiego i dr. A. Żurakowskiego, którzy wygłosili odczyty w stowarzyszeniu lekarzy polskich w dniu 15. XII. 1920. Obaj referenci, co do myśli przewodniej zgodni, podnieśli przedewszystkiem głos przeciwko stwarzaniu praw wyjątkowych dla lekarzy, które — przyznać trzeba — zdawien dawna, od średniowiecza, ciążą na lekarzu. Odczyty, owiane duchem wysoce postępowym i wielkiem poczuciem sprawiedliwości, zdradzają pewną drażliwość i jakby szczególną niechęć do ministra zdrowia publ. To bez wątpienia osłabiło skutek referatów i z tego może powodu wywody w zasadniczych swoich tezach nie przekonały ustawodawcy. A jednak referaty te wpłynęły decydująco na poprawę projektu ustaw w kilku ważnych punktach, a co najważniejsze, zapobiegły zbyt pośpiesznemu traktowaniu sprawy i spowodowały odroczenie ostatecznego uchwalenia ustaw, co wyszło niewątpliwie sprawie na dobre.

Na walnem zebraniu Związku lekarzy Państwa Polskiego w dniu 17. IV. 1921., na wniosek Stowarzyszenia lekarzy polskich, po szczegółowem umotywowaniu, zgodnie z zasadami zawartemi w referatach Kozerskiego i Żurakowskiego, uchwalono upraszać Sejm, Sejmową Komisję zdrowia publ. i posłów sejmowych o wstrzymanie ostatecznej uchwały i ponowne rozpatrzenie projektów ustaw przedłożonych Sejmowi, któreto projekty znacznie odbiegają od projektu, przedłożonego przez izbę lekarską Wsch. Gal. i przyjętego przez zjazd delegatów z kwietnia 1919. Proszono dalej o zasięgnięcie w sprawie projektu obu ustaw opinji Komisji złożonej z przedstawicieli związku lekarzy P. P., izb lekarskich i Towarzystw lekarskich.

Nie spoczywała także izba lekarska wsch. gal. W aktach izbowych znajdują się liczne ślady starań i zabiegów o zmianę ówczesnych projektów sejmowych (II), co prawda, nie tak radykalną, jak pragnęli Kozerski i Żurakowski. W dniu 19. I. 1921. wydział izby lek. w. g. oświadczył się przeciwko projektowi sejmowemu i zaproponował zwołanie ankiety, któraby się zajęła kodyfikacją ustawy [11]). Nie chciano się zgodzić 1) na przemianę ustroju organizacyjnego izby przez postanowienie, że izbę stanowi zgromadzenie wszystkich lekarzy, co zdaniem wydziału, powodowało przesunięcie całej inicjatywy w ręce wielkiego i pod względem technicznym nader ciężkiego ciała; 2) na postanowienie o wiecach izbowych, których skład, zakres działania oraz sposób zwoływania miał określić minister zdrowia publ.; 3) na niektóre postanowienia co do rady honorowej; 4) na rekwizycję lekarzy cywilnych dla świadczeń publicznych; 5) na wszystkie postanowienia tyczące się cennika lekarskiego; wkońcu 6) na liczne postanowienia, z których przeziera chęć ukrócenia autonomji izb jako reprezentacji zawodu i uczynienia z izb organu urzędowego i wykonawczego ministra zdrowia publ.

Sprawa była traktowana także na posiedzeniu pełnej izby w dn. 2. IV. 1921, gdzie zapadły uchwały identyczne z powyższemi. Na zasadzie tych uchwał wniesiono do Komisji sejmowej zdrowia publ. memorjał z dnia 12. maja 1921. z obszernem umotywowaniem, uwzględniającem w pewnej mierze także wywody Dr. Kozerskiego i Żurakowskiego. Memorjał ten był podany do wiadomości towarzystwa lekarskiego lwowskiego w dniu 11 maja 1921. i uzyskał jednomyślną aprobatę.

Nie pozostały biernemi względem projektowanych ustaw także uniwersytety b. Galicji. Rada wydziału lekarskiego uniwersytetu jagiellońskiego pismem z 19. V. 1921., skierowanem do ministra wyznań religijnych i oświecenia publ. oraz do ministra zdrowia publ., do sejmu ustawodawczego na ręce marszałka i do sejmowej Komisji zdrowia publ., uznała projekty w wielu punktach za nieodpowiednie. Występuje szczególnie przeciwko przepisom „które stawiają lekarzy poza nawias zasadniczych praw, każdemu wolnemu obywatelowi przysługujących, mianowicie swobody osobistej, swobody przesiedlania się i swobody pracy". Rada wydziału uważa, że „ograniczenia elementarnych praw obywatelskich są w pewnych warunkach dla dobra Państwa nieuniknione, lecz w takim razie ciężar ten musi dotykać na równi wszystkich obywateli, a nie może być dla jednej tylko ich części privilegium odiosum".

Wreszcie w dniu 31. V. 1921 Komisja sejmowa zdr. publ. (Dr. Falkowski i Dr. Rottermund) wniosła do sejmu „Sprawozdanie dodatkowe w sprawie ustawy w przedmiocie *wykonywania praktyki* lekarskiej, przyjętej przez sejm w drugiem czytaniu" (III). We wstępie do tego przedłożenia znajdujemy wyjaśnienie, że wskutek przyjęcia przez sejm szeregu poprawek przy drugiem czytaniu, tudzież wskutek zgłoszenia poprawek rządowych oraz ze strony przedstawicieli stanu lekarskiego w b. zaborze rosyjskim, Komisja sejmowa musiała rozpatrzeć całą ustawę ponownie. Poprawki rządowe przyjęła Komisja w całości, różnorodność opinij lekarskich pomiędzy dzielnicami uzgodniła. Nie uwzględniła protestu lekarzy Król. Kongresowego co do uprawnienia sądów izbowych do pozbawiania lekarzy prawa praktyki, a to z powodu odmiennego stanowiska izb b. zaboru austrjackiego; nie uwzględniła również sprzeciwu co do powoływania lekarzy do cywilnej służby zdrowia, ze względów na interes Państwa. Projekt skrócono o 2 artykuły.

W przedłożeniu sejmowem wprowadzono już nazwę „naczelnej izby lekarskiej", jako instytucji nowej, mającej centralizować sprawy zawodowe lekarzy w państwie, tudzież nazwę „sądu izby lekarskiej" zamiast nazwy dawniejszej „rady honorowej" — jedno i drugie w myśl wywodów Dr. Kozerskiego i Dr. Żurakowskiego.

W stosunku do projektu III. zauważa się w ustawie uchwalonej poza drobniejszemi, stylistycznemi zmianami pewne zaostrzenie niektórych postanowień. Komisja sejmowa niewątpliwie więcej liczyła się z życzeniami sfer lekarskich, aniżeli plenum sejmu. Zaostrzenie takie jest widoczne w art. 16. ustawy, traktującym o powoływaniu lekarzy do cywilnej służby publicznej, gdzie uchylono cały szereg zastrzeżeń, zawartych w projekcie, jak np. zasięganie opinji naczelnej izby lekarskiej i specjalna uchwała rady ministrów; zamiast wymieniania beneficjów przyznanych w projekcie lekarzom powołanym i ich rodzinom, powołano się poprostu na „ustawy obowiązujące w tej sprawie".

Również zaostrzono na niekorzyść lekarzy postanowienia co do cennika lekarskiego: art. 24. projektu proponuje, że właściwy urząd wojewódzki ogłasza cennik *zgodnie z opinją* izby lekarskiej, ustawa zaś postanawia *„po zasięgnięciu opinji* izby lekarskiej"; art. 25. projektu mówi: posady winni lekarze obejmować „na podstawie piśmiennych (!) umów" (druk sejmowy), zaś art. 22. ustawy: „na zasadzie zobopólnego (!) dobrowolnego porozumienia... na podstawie uprzednich (!) umów" [12]).

Rejestrację lekarzy ustawa centralizuje w ministerstwie zdrowia publ. [13]) wbrew projektowi Komisji sejmowej, która proponowała, aby tę sprawę poruczyć urzędom wojewódzkim; w innych artykułach przeciwnie instancję drugą (urząd wojewódzki) zastąpiono instancją pierwszą (starostwo), chcąc słusznie odciążyć instancję wyższą od agend mniejszej wagi. Duże stosunkowo zmiany

[11]) Wniosek ten przyjęło Walne zebranie Związku L. P. P. z 17. IV. 1921.

[12]) Wykrzyknikami zwrócono uwagę na błędne, względnie niewłaściwe użycie wyrazów.

[13]) Być może, że było to wskazane w czasie uchwalania ustawy; w ostatnich latach ministerstwo spraw wewn. przekazało rejestrację urzędom wojewódzkim.

zaszły także w artykule ustawy, traktującym o tajemnicy lekarskiej.

W dniu 5. lipca 1921. przedłożono sejmowi do uchwalenia sprawozdanie Komisji zdrowia publ. (Dr. Falkowski i Dr. Rottermund) w sprawie ustawy *o izbach lekarskich* (III.). Jak sprawozdawcy podnoszą, Komisja zmuszona była do szczegółowego rozpatrzenia całokształtu ustawy wskutek przyjęcia przez sejm szeregu poprawek przy drugiem czytaniu ustawy oraz wskutek zgłoszenia dodatkowych poprawek przez rząd, poza tem wskutek uchwalenia ustawy konstytucyjnej z 17 marca 1921. i ustawy o podziale administracyjnym Państwa. Przy obradach Komisja wzięła pod uwagę „najróżnorodniejsze zdania przedstawicieli świata lekarskiego, który za pośrednictwem odezw, memorjałów i t. p., a głównie przez usta delegatów na podkomisję miał możność dokładnego poinformowania Komisji o swych dezyderatach". Istotnie projekt III. jest bardzo gruntownem przerobieniem projektu II. Dokonano bardzo ważnej zmiany przez wprowadzenie centralnej izby, naczelnej izby lekarskiej, którą wsunięto między izby a ministerstwo jako organ pośredniczący, przez co starano się podobno osiągnąć odciążenie ministerstwa zdrowia publ., a być może, chciano uzyskać większy i łatwiejszy wpływ rządu na ogół lekarzy. Poza tem sformułowano dokładniej, jak było poprzednio, cele izb i ich zadania. Wprowadzono radę izby lekarskiej jako właściwą reprezentację zawodu i instytucję pośredniczącą między ogółem lekarzy a organem wykonawczym izby, jakim jest zarząd izby. Do zakresu działania zarządu dodano ważne uprawnienie „występowania wobec czynników zewnętrznych w obronie praw i dobra członków stanu lekarskiego i w interesie zdrowia publicznego". Poprzednią „radę honorową" przezwano „sądem izby lekarskiej" i wprowadzono podział sądu na t. zw. komplety sądzące; wybór członków sądu poruczono Radzie izby. Usunięto tytuły prezydenta i wiceprezydenta izby i zastąpiono je — mniej szczęśliwie — tytułem naczelnika izby.

W tem opracowaniu projekt ustawy o izbach był już zupełnie zbliżony do uchwalonej następnie i obowiązującej obecnie ustawy. Prócz poprawek stylistycznych wprowadził sejm szereg zmian. W ustępie tyczącym się obowiązku należenia do instytucyj ubezpieczeniowych izby (art. 4.), który miał odnosić się do „wszystkich członków izby", dodano słusznie słowa „lub poszczególnych ich kategoryj". Ważnej bardzo zmiany dokonano w art. 17. Propozycja Komisji sejmowej brzmiała: „za wybranych (do rady izby) uważani będą ci, którzy, *wyraziwszy przed terminem wyborów zgodę na przyjęcie mandatu...*". Wyrazy wyżej podkreślone opuszczono w ustawie, przez co stworzono taki stan rzeczy, że członek izby wybrany do rady izby musi mandat przyjąć, bez względu na to, czy chce, czy nie chce.

Największe jednak zmiany uczyniono w artykułach tyczących się sądu izby. W zakresie kompetencji sądu przywrócono — już dawniej proponowane — uprawnienie do odjęcia prawa wykonywania praktyki lekarskiej, czasowo lub stale. Skasowano tytuł „sędziego śledczego" zastępując go określeniem „prowadzący śledztwo". Regulamin sądu naczelnej izby lekarskiej według propozycji Komisji sejmowej miał ustalać minister zdrowia publ. w porozumieniu z ministrem sprawiedliwości — w ustawie jest mowa tylko o ministrze zdrowia publ. Według propozycji Komisji sejmowej sąd naczelnej izby lek. miał rozstrzygać „bez ustnej rozprawy" — w ustawie zaś postanowiono „na zasadzie ustnej rozprawy", rzecz wielce utrudniająca działanie sądu n. i. l. ze względu na potrzebę ściągania do siedziby sądu licznych osób i na wynikające stąd znaczne koszta podróży — niekiedy nawet dla spraw błahych. Wprowadzono też w ustawie wiele nowych postanowień proceduralnych dla zarządu izby i sądu izby.

Tak doszliśmy do uchwalenia ustaw z 2. grudnia 1921.

Doc. Uniw. J. K. dr. Witold LIPIŃSKI. Lwów.
Prymarjusz Państw. Szpitala Powszech.

Sprawozdanie z działalności oddziału zakaźnego Państwowego Szpitala Powszechnego we Lwowie za rok 1930.

W ciągu roku 1930 pozostawało w leczeniu oddziału zakaźnego Państwowego Szpitala powszechnego we Lwowie 2,508 chorych zakaźnych. Liczba dni leczenia wynosiła 47,375, na jednego chorego przypada zatem 19 dni leczenia. Zmarło 215 osób, w tem 45 do 24 godzin po przyjściu na oddział. Przeciętna śmiertelność wynosi 8,5%. Sekcyj naukowych wykonano w Zakładzie Anatomii patologicznej (Dyrektor: Prof. Dr. Nowicki) 189.

Podobnie jak w latach ubiegłych, pierwsze miejsce pod względem ilości chorych, zajmuje płonica. Na oddziale płoniczym leczono 1 208 chorych, a zatem przeszło dwa razy większą ilość, niż w roku poprzednim (520 chorych w r. 1929). Równoczesne zakażenie błonicą wykazano u 98 chorych płoniczych, co stanowi 8,1%. Na tych 98 chorych zmarło 23, w tem 2 do 24 godzin. Śmiertelność przy płonicy z równoczesnem zakażeniem błonicą wyniosła zatem 21,8% przy 25% w r. 1929, a 32% w r. 1928.

Płonicy niepowikłanej błonicą leczono 1.110 przypadków. Zmarło 30 osób, w tem 5 do 24 godzin. Śmiertelność w płonicy wynosiła zatem 2,2%, przy 3,8% w r. 1929, a 4,7% w r. 1928. Stosunkowo znaczny procent śmiertelności przy płonicy z równoczesnem zakażeniem błonicą należy sobie tłumaczyć ciężkim z reguły przebiegiem; wreszcie chorzy ci dostawali się niejednokrotnie na oddział za późno, tak że surowica przeciwbłonicza, podana na oddziale, nie mogła uchronić chorych przed zejściem śmiertelnem.

Surowicę przeciwpłoniczą podawaliśmy, zgodnie z naszem stanowiskiem, zajętem uprzednio, jedynie w przypadkach ciężkich. Stosowaliśmy wyłącznie surowicę P. Z. H. w Warszawie.

Podawaliśmy ją jednorazowo, możliwie najwcześniej, w dawkach 10 cm^3 domięśniowo, wyjątkowo dożylnie. Działanie jej było korzystne, usuwała szybko objawy pierwotnie toksyczne. Na schorzenia wtórne nie wywierała żadnego wpływu, chociaż stosowano ją nieraz bardzo wcześnie. Surowicę przeciwpłoniczą podano na naszym oddziale w celach leczniczych w 237 przypadkach. Ponieważ podawano ją wyłącznie przy ciężkiej płonicy, możemy ilość ciężkich przypadków w roku 1930 określić na blisko 20%, przy 39% w roku 1929. Jak wynika z ostatniego porównania, przebieg płonicy był w ubiegłym roku znacznie lżejszy. Przy stosunkowo łagodnym przebiegu spostrzegano jednakowoż w tym roku znaczną łatwość zakażenia. W tej samej rodzinie zapadało równocześnie nieraz dwoje, a nawet czworo dzieci.

Na o d d z i a l e błoniczym stosowano surowicę przeciwpłoniczą w celach zapobiegawczych w 63 przypadkach.

Z pośród schorzeń wtórnych do najczęstszych należało zajęcie gruczołów szyjnych i podszczękowych. O ile leczenie zapobiegawcze nie odnosiło skutku pomyślnego, wykonywano nacięcie gruczołów zropiałych (47 razy). Systematyczne badanie narządu słuchowego dawało w 46 przypadkach wskazanie do nakłucia błony bębenkowej. Antrotomję wykonano 13 razy w przypadkach, przysłanych na oddział w okresie późniejszym. Wszyscy chorzy operowani opuścili oddział wyleczeni.

Przy zmianach błonicowatych w jamie ustnej w pierwszych dniach płonicy podawano doustnie stowarsol. Równoczesne przepłukiwanie, względnie przestrzykiwanie jamy ustnej roztworem stowarsolu, dawało wyniki lecznicze korzystne. Zapalenie nerek było przeważnie lekkie i krótkotrwałe. Przy mocznicy stosowano poza 24—48 godzinną głodówką i dietą cukrową, upusty krwi, a w razie drgawek i utraty przytomności, nakłucie lędźwiowe (45 razy).

Wrażliwość na błonicę badano u ozdrowieńców po płonicy za pomocą odczynu Schicka. Wyniki dodatnie odczynu odczytywano po 48 godzinach, w przypadkach pojedyńczych po 72 godzinach. Osobniki z dodatnim Schickiem uodparniano anatoksyną błoniczą Ramona. Szczepiono podskórnie, przeważnie trzykrotnie, rzadziej dwukrotnie, w odstępach dwutygodniowych. Anatoksynę Ramona podano 1.164 razy, uodporniono 420 osób. Podobnie jak w latach poprzednich, odczyny miejscowe i ogólne były niejednokrotnie dość silne. Odczyny poszczepienne znikały przeważnie po 48 godzinach. U dzieci młodszych występowały stosunkowo rzadziej.

Badanie na paciorkowce hemolityczne wykonywano u chorych płoniczych, opuszczających szpital. Posiewy uskuteczniano na płytkach krwawych z odwłóknioną krwią baranią. Badań tych wykonano w pracowni bakterjologicznej oddziału zakaźnego 1353. Znaczenia klinicznego obecność paciorkowców nie posiada. Mimo ujemnych wyników spostrzegaliśmy kilkakrotnie zakażenia w domu.

U każdego chorego płoniczego wykonywano w dniu przyjścia na oddział posiewy treści z nosa i gardzieli na obecność zarazków błonicy. Posiewy na pożywce Costy, zmodyfikowanej przez Lipińskiego, wykonano w naszej pracowni 4 895 (łącznie z oddziałem błoniczym). Chorych płoniczych z dodatnim wynikiem badania odosabniano.

Przy poronnym przebiegu płonicy napotykano niejednokrotnie na znaczne trudności rozpoznawcze. Systematyczne badania krwi, obraz krwi podług Schillinga, objaw Schultz-Charltona, odczyn Dicków przy ścisłej klinicznej obserwacji, umożliwiały rozpoznanie. Odczynów Dicków wykonano na oddziale błoniczym 253, na oddziale płoniczym 161. Mimo znacznego ruchu chorych nie mieliśmy w roku zeszłym ani jednego przypadku zakażenia płonicą na oddziale błoniczym i odrowym. Osobniki wrażliwe uodparniano anatoksyną płoniczą, względnie podawano w celach zapobiegawczych surowicę przeciwszkarlatynową.

Dokładne wywiady wykazały w 45 przypadkach zakażenie płonicą mimo uprzedniego szczepienia ochronnego. Od szczepienia

Wykaz badań wykonanych w pracowni bakterjologicznej oddziału zakaźnego Państwowego Szpitala Powszechnego we Lwowie w ciągu roku 1930.

	Kał			Mocz				Krew														Płyn mózgowo-rdzeniowy					Wydzielina z gardła i nosa				Plwocina		Ropa i wysięki zapalne			Próba apar. dezynf.	Pobrano surow. u ozdr. w.		
								Wykonano badań																				Hodowle											
												Aglutynacyjn.							Odczyn Wasserm.																				
	Ogółem	Bakterjologicz.	Mikroskopowo	Ogółem	Bakterjologicznie	Mikroskopowo	Chemicznie	Ogółem	Bakterjologicznych	Mikroskopowych	Cytologiczn.	Ogółem	z pałeczką duru brzusznego	z pał. para A	z pał. para B	odczyn Weil-Felixa	z pał. Shiga-Krusego	z pał. Flexnera	z surowicą czynną	z surowicą nieczynną	Odczyn zmętn. Meinickego	Ogółem	Bakterjologicz.	Mikroskopow.	Chemiczn.	Odczyn Wassermanna	Ogółem	Na prątki Löfflera	Paciorkowce krw.o-bójcze	Mikroskopow.	Ogółem	Mikroskop.	Ogółem	Bakterjologicz.	Mikroskop.	Z łaz. sienną	U ozdrow. odrow.	Ogółem przysłano próbek	Ogółem wykonano badań
Styczeń	137	20	117	230	—	115	115	94	25	—	69	174	16	16	16	16	1	1	36	36	36	36	12	12	12	—	655	428	214	13	5	5	10	5	5	9	1	1092	1344
Luty	124	14	110	201	1	110	110	50	30	—	20	153	18	18	18	18	—	—	27	27	27	207	69	69	69	—	648	428	214	6	5	5	16	8	8	3	3	1072	1410
Marzec	182	34	148	202	—	101	101	133	58	—	75	237	21	21	21	21	—	—	51	51	51	126	42	42	42	—	875	592	271	12	8	8	14	7	7	3	1	1480	1781
Kwiecień	170	24	146	161	1	80	80	115	48	—	67	397	25	25	25	25	—	—	99	99	99	168	56	56	56	—	747	490	245	12	8	8	18	9	9	2	4	1231	1790
Maj	173	26	147	214	—	107	107	89	47	—	42	189	24	24	24	24	—	—	31	31	31	91	30	30	30	1	566	372	186	8	12	12	12	6	6	2	2	1166	1350
Czerwiec	189	38	151	284	—	142	142	141	83	—	58	317	41	41	41	41	—	—	51	51	51	73	24	24	24	1	676	446	223	7	5	5	10	5	5	3	1	1305	1699
Lipiec	191	52	139	222	—	111	111	146	63	3	80	310	37	37	37	37	—	—	54	54	54	45	15	15	15	—	361	356	—	5	5	5	18	9	9	2	—	960	1300
Sierpień	131	42	89	254	—	127	127	85	44	1	40	327	39	39	39	39	—	—	49	49	73	66	22	22	22	—	292	290	—	2	1	1	2	1	1	2	—	768	1160
Wrzesień	155	32	123	224	2	111	111	64	28	—	36	190	19	19	19	19	—	—	38	38	38	73	24	24	24	1	388	380	—	8	1	1	6	3	3	2	—	815	1103
Październik	176	23	153	282	—	141	141	87	30	1	56	283	25	25	25	25	—	—	61	61	61	36	12	12	12	—	447	437	—	10	3	3	10	5	5	2	—	991	1326
Listopad	128	26	102	312	2	155	155	86	30	—	56	220	25	25	25	25	—	—	40	40	40	24	8	8	8	—	364	358	—	6	5	5	6	3	3	3	—	840	1148
Grudzień	110	16	94	256	—	128	128	122	53	1	68	414	51	51	51	51	—	—	70	70	70	12	4	4	4	—	319	318	—	1	7	7	—	—	—	2	—	832	1242
	1866	347	1519	2847	6	1418	1418	1212	539	6	667	3211	341	341	341	341	1	1	607	607	631	957	318	318	318	3	6338	4895	1353	90	65	65	122	61	61	28	12	12552	16653

upłynął czas: najdłuższy dwa lata, najkrótszy trzy tygodnie. Wszyscy chorzy uodparniani byli niedostatecznie, przeważnie raz lub dwukrotnie, za wyjątkiem dwóch, u których odczyn Dicków kontrolny, wykonany po ukończeniu szczepienia miał dać wyniki ujemne. Z chorych szczepionych nikt nie zmarł, przebieg płonicy był łagodny. Szczepienie ochronne przeciw płonicy jest zatem bronią skuteczną i należy z niej korzystać w szerokiej mierze.

Błonicy nosa, gardła i krtani leczono w roku zeszłym 174 przypadków, przy 133 w roku 1929, 113 w roku 1928. Zmarło 26 osób, w tem blisko połowa, bo 11 do 24 godzin po przyjściu na oddział. Śmiertelność przy błonicy wynosiła zatem 14,8%, względnie po odliczeniu zmarłych do 24 godzin, 9.2% .Powodu zejścia śmiertelnego należy szukać w porażeniu mięśnia sercowego wskutek późnego podania surowicy przeciwbłoniczej.

Podobnie jak w latach ubiegłych, dostają się na oddział często przypadki nierozpoznane, zaniedbane, gdzie dawka podanej surowicy jest zbyt małą. Stały wzrost zachorowań na błonicę, zwiększona zjadliwość zarazka, dają, zdaniem naszem ,bezwzględne wskazanie do czynnego uodpornienia anatoksyną Ramona.

Surowicy przeciwbłoniczej zużyto na oddziale zakaźnym 831 ampułek, a to:

po 1,000 j. o.	41	ampułek.
po 2.000 j. o.	30	„
po 3,000 j. o.	86	„
po 4,000 j. o.	210	„
po 5,000 j. o.	250	„
po 6,000 j. o.	244	„

Chorobę posurowiczą spostrzegano rzadko ze względu na podawanie w małych dawkach wysokowartościowej surowicy. W 15 przypadkach choroby posurowiczej podawano wśródskórnie wyciąg ze śledziony, zawsze z wynikiem korzystnym.

Róży leczono w ubiegłym roku 412 przypadków. Zmarło 26 chorych, w tem 5 do 24 godzin. Śmiertelność wynosiła zatem 5,1%. Poza obojętnemi okładami i lekami nasercowemi stosowano leczenie wstrząsowe przez domięśniowe podanie mleka. Mleko stosowano w 179 przypadkach. W kilka godzin po podaniu mleka przychodziło wśród dreszczy do wzniesienia ciepłoty, poczem po kilkunastu lub kilkudziesięciu godzinach, ciepłota często spadała do normy, skóra bledła, róża cofała się. U osób starszych wyniszczonych, stosowano autohemoterapję. Zastosowano ją w 49 przypadkach, często z wynikiem dobrym.

Duru brzusznego leczono 102 przypadki, zmarło 20 osób, w tem 2 do 24 godzin. Przebieg duru był z reguły ciężki, dawał często powikłania ze strony płuc, występowały ciężkie krwotoki jelitowe, co wszystko przemawia za wzrostem zjadliwości pałeczki Ebertha.

Szczepienia ochronne przeciwdurowe metodą Besredki stosowano podobnie jak w latach ubiegłych u lekarzy i pielęgniarek. Działań ubocznych niepożądanych nie spostrzegano po podaniu szczepionki. Z osób szczepionych nikt nie zapadł na dur brzuszny.

Duru rzekomego A wykryto jeden przypadek o przebiegu klinicznym, podobnym do przebiegu duru brzusznego.

Duru rzekomego B pozostawało w leczeniu 5 przypadków. Jedna osoba w wieku starszym zmarła.

Duru osutkowego leczono 3 przypadki. Wszyscy chorzy opuścili szpital wyleczeni.

Czerwonki leczono 24 przypadków. Zmarło czworo osób, z tego 2 do 24 godzin. Śmiertelność wynosiła zatem 9%. Stosowano surowicę przeciwczerwonkową P. Z. H. w Warszawie, najchętniej jednorazowo, domięśniowo, w dawkach nie niższych niż 50 cm^3 u dorosłych. U dzieci małych i osesków podawano poza zastrzykiwaniami domięśniowemi surowicę przeciwczerwonkową doustnie.

Odry leczono 71 przypadków, zmarło 5 osób, w tem dwoje do 24 godzin. Oględziny pośmiertne wykazały gruźlicę prosówkową. U ozdrowieńców dorosłych pobierano na dziesiąty dzień po spadku ciepłoty, po wykluczeniu kiły i gruźlicy, krew celem uzyskania surowicy Degkwitza 12 razy. Surowicę Degkwitza stosowano w celach zapobiegawczych w 52 przypadkach. Działanie surowicy Degkwitza było wyraźne, w 80% chroniła przed odrą.

Nagminnego zapalenia opon mózgowordzeniowych leczono 21 przypadków. Zmarło 7 osób, w tem 1 do 24 godzin. Leczenie polegało na wykonywaniu nakłuć lędźwiowych, dolędźwiowem podawaniu surowicy przeciwmeningokokowej, domięśniowem stosowaniu szczepionki przeciwmeningokokowej i dożylnem wlewaniu 40%-ej urotropiny.

Gruźliczego zapalenia opon mózgowordzeniowych leczono 27 przypadków. Wszyscy chorzy zmarli, w tem dwoje do 24 godzin.

Wąglik skórny, rozpoznawany zapomocą hodowli i doświadczeniem na myszce, leczono w roku zeszłym w 6-ciu przypadkach. Wąglik umiejscowiony był dwukrotnie na twarzy, poza tem na kończynach górnych. Przy dożylnem podawaniu neoarsenobenzolu uzyskano w 100% zupełne wyleczenie. Miejscowo stosowano okłady.

Wodowstrętu (lyssa) leczono na oddziale zakaźnym 2 przypadki. Obydwa zmarły, w tem jedna chora do 24 godzin.

Anginy Plaut-Vincenti leczono 17 przypadków. Doustne podawanie stowarsolu usuwało szybko zmiany chorobowe.

Tężca leczono 16 przypadków. Zmarło 6 osób, w tem 4 w 24 godzin po przyjściu na oddział.

Wiatrówki leczono 19 przypadków, w tem dwa u dorosłych o bardzo ciężkim przebiegu.

Grypy, powikłanej często zapaleniem płuc, leczono 101 przypadków. Zmarły 2 osoby w wieku podeszłym.

Krztusiec leczono u 22 osób. Zmarło pięcioro dzieci. Oględziny pośmiertne wykazały w 3 przypadkach gruźlicę prosówkową.

Poza tem leczono 3 przypadki białaczki (chorzy zmarli), 29 przypadków ostrych nieżytów jelit, 18 przypadków zapalenia gruczołu przyusznego, 16 przypadków gruźlicy płuc, 3 przypadki posocznicy i t. d.

Oddział zakaźny pozostawał w ścisłym kontakcie z kierownikiem działu zakaźnego Miejskiego Urzędu Zdrowia, p. Dr. Dammem. Dzięki fachowemu doświadczeniu i czujności p. Dr. Damma, możliwem było opanowanie epidemji w mieście, która mogła nieraz przybrać rozmiary poważniejsze wobec ciężkich niejednokrotnie warunków higjenicznych.

Wskutek wzrostu epidemji płonicy oddział płoniczy szpitalny okazał się za ciasny. Dzięki usilnym i energicznym staraniom naczelnego lekarza miejskiego, p. Dra Dolińskiego, Prezydjum Miasta uruchomiło własny Miejski Szpital Epidemiczny przy ul. Janowskiej, przeznaczony wyłącznie dla płonicy. W Miejskim Szpitalu Epidemicznym leczono pod kierownictwem prymarjusza oddziału zakaźnego od 17 marca do końca roku 471 chorych płoniczych.

Prymarjusz uczestniczył w posiedzeniach komisji miejskiej i wojewódzkiej zdrowia, zaznajamiając się ze stosunkami zdrowotnemi w mieście.

Sprawozdanie z działalności pracowni bakterjologicznej oddziału zakaźnego.

Pracownia bakterjologiczna oddziału zakaźnego wykonała w roku ubiegłym 16.653 badań bakterjologicznych, serologicznych i klinicznych, poza badaniami na oddziałach poszczególnych. Jak wynika ze szczegółowego zestawienia, wykonano badań krwi 1.215, w tem 359 posiewów i 667 badań cytologicznych. Serologicznych badań wykonano 3,211, w tem. odczynów Gruber-Widala z pałeczką duru brzusznego 341, tyleż z pałeczką duru rzekomego B wreszcie 341 odczynów Weil-Felixa. Stacja Wassermannowska wykonała odczynów Wassermanna z surowicą krwi, w stanie czynnym i unieczynnionym, z płynami przesiękowemi i z płynem mózgowordzeniowym 1,217. Odczynów zmętnienia Meinickego (M. T. R.) wykonano równocześnie z odczynem Wassermanna 631, uzyskując zgodność z odczynem Wassermanna w blisko 100%. Badań bakterjologicznych treści z nosa i gardzieli wykonano 6.338. Podobnie jak w latach poprzednich badano każdego chorego płoniczego po przyjściu na oddział i przed wyjściem z oddziału na obecność zarazków błonicy. Posiewów na pożywce Costy, zmodyfikowanej przez Lipińskiego, wykonano 4,895. Pożywka wykazała w dalszym ciągu wielkie zalety, umożliwiając pewne rozpoznanie w przeciągu 24 godzin.

Posiewów na płytkach krwawych na obecność paciorkowców hemolitycznych wykonano 1,353. Do agaru dodawano 5% odwłóknionej krwi baraniej.

Badań kału wykonano 1,886, w tem 349 posiewów a 1,519 mikroskopowych. Badań moczu mikroskopowych, chemicznych i bakterjologicznych wykonano 2,847. Płyn mózgowordzeniowy badano 957 razy, mikroskopowo, chemicznie i bakterjologicznie.

Ropę i wysięki badano 122 razy, mikroskopowo i przy pomocy hodowli.

U ozdrowieńców poodrowych pobierano krew w celu otrzymania surowicy Degkwitza 12 razy. Badania na jałowość wykonywała każdorazowo pracownia bakterjologiczna.

Aparat „Vacuform" typu U. D. S. dla dezynfekcji parą formalinowo-wodną przy temp. 60—65° C i próżni 60—65 cm słupa rtęci, pozostawał pod stałą kontrolą pracowni bakterjologicznej. Badania kontrolne wykonywano co 14 dni.

Poza oddziałem zakaźnym korzystały z naszej pracowni inne oddziały szpitalne, jak oddział wewnętrzny I i II, oddział nerwowy, dziecięcy, chirurgiczny i położniczo-ginekologiczny, a z Instytutów Uniwersyteckich Instytut Stomatologiczny U. J. K.

MEDYCYNA SPOŁECZNA.

Ministerstwo Spraw Wewnętrznych.
Nr. Z. O. 619/31.
Warszawa, dnia 19 lutego 1931 roku.

Państwowa pomoc lekarska, wydawanie kart skierowania do uznanych zakładów leczniczych.

Do Panów Wojewodów i Pana Komisarza Rządu m. st. Warszawy.

Dotychczasowy tryb kierowania chorych funkcjonarjuszów państwowych i członków ich rodzin na leczenie na koszt Skarbu Państwa do uznanych zakładów leczniczych bezpośrednio przez lekarzy umówionych powodował znaczne obciążenie kredytów państwowej pomocy lekarskiej, ponieważ bardzo często do tych zakładów były kierowane jednostki, które nie potrzebowały leczenia szpitalnego względnie sanatoryjnego.

Wobec powyższego Ministerstwo Spraw Wewnętrznych zarządza, ażeby z dniem 1 marca r. b. lekarze, umówieni dla państwowej pomocy lekarskiej, nie wystawiali kart skierowania do uznanych zakładów leczniczych, lecz jedynie wnioski na kartach porady o potrzebie skierowania danego chorego do jednego z tych zakładów.

Na podstawie wniosku lekarza umówionego będzie mógł wydać kartę skierowania właściwy lekarz powiatowy.

Ostatni w przypadku wątpliwym winien sprawę wraz z wnioskiem przesłać bezzwłocznie do decyzji Urzędu Wojewódzkiego, który ewentualnie wezwie chorego do zbadania przez specjalnie delegowanego lekarza urzędowego.

O powyższem zechce Pan Wojewoda powiadomić wszystkich na terenie swego Województwa lekarzy urzędowych i umówionych.

Dr. Piestrzyński, Dyrektor Departamentu Służby Zdrowia.

OCENY I SPRAWOZDANIA.

Dr. Oskar Burwinkel: *Krankheiten des Herzens und der Gefässe.* Verlag der Aerztlichen Rundschau Otto Gmelin, München, 1930, str. 154.

Choroby serca i naczyń należą do najczęstszych schorzeń, jakie napotyka w praktyce lekarz. Niejednokrotnie słyszy się z ust szeregu lekarzy skargę, że dzieła omawiające schorzenia narządu krążenia nie odpowiadają praktycznym potrzebom, służąc bądź celom dydaktycznym, bądź z powodu zbyt obszernego materjału teoretycznego wchodzą w rachubę jedynie, jako studjum specjalne. Autor podjął się zadania lukę tę wypełnić i w przeglądowej postaci, dostępnie całą patologję oraz terapję chorób serca i naczyń omówić. W zakres pracy wciąga autor najnowsze zdobycze fizjologji, diagnostyki i metod leczniczych. Autor nie opracował zmian narządu krążenia jako specjalność nie oddzielając schorzenia serca od medycyny ogólnej. Dlatego sumiennie omawia stosunek pomiędzy sercem a chorobami innych narządów, zaburzeniami w przemianie materji i wewnętrznego wydzielania. Z nowszych rozpoznawczych środków pomocniczych podaje tylko te, które okazały się w praktyce użytecznemi. Olbrzymią zaletą książki jest, że autor bardzo szczegółowo opracował dział leczniczy. Praktyk znajdzie bardzo wiele ważnych i pouczających wskazówek, recept, sposobów leczenia dawnych i nowszych lekarzy i klinicystów, które autor w swej 30 letniej pracy używał i ich wartość ocenić mógł. Omawia w porządku anatomicznym schorzenia serca, wysuwając na pierwszy plan ważne, kliniczne objawy. Autor pod niektóremi względami odbiega od zwykle przyjętych zasad tak n. p. w przypadkach zapalenia osierdzia każe natychmiast przerwać podawanie salicylu i jego pochodnych, jest zwolennikiem nakłucia żylnego w schorzeniach serca i naczyń, rozszerzając w znacznej mierze wskazania do tego zabiegu. Po części ogólnej (wstępne uwagi anatomiczne i fizjologiczne, ogólne uwagi rozpoznawcze, ogólna patologja, stosunki między schorzeniami narządu krążenia, a schorzeniami innych narządów, ogólne leczenie chorób serca i naczyń) następuje część właściwa, obejmująca całokształt schorzeń narządu krążenia (ostre choroby serca, wady zastawkowe serca, przewlekłe schorzenie mięśnia sercowego, *arhythmia perpetua,* tachykardja napadowa, choroba Basedowa, nerwowe schorzenia narządu krążenia, „serce wojenne", traumatyczne choroby serca, *angina pectoris,* choroba Raynauda, miażdżyca, rostrzeń tętnicy głównej, technika pojedyńczych zabiegów, potrzebnych przy chorobach serca, recepty). Książka pisana jest ładnym i dostępnym każdemu językiem. Można książkę Burwinkla polecić każdemu lekarzowi zwłaszcza praktykowi (dla którego jest właściwie przeznaczona, z pełną świadomością, że zadowolni każdego.

M. Ungar (Lwów).

BIBLJOGRAFJA.

Artykuły oryginalne w czasopismach.

Piśmiennictwo polskie.

Trzeźwość, nr. 12, z r. 1930: W. Chodźko: W sprawie ustawy przeciwalkoholowej. — T. Janiszewski: List do redakcji. — J. Bujalski: Walka z alkoholizmem — koniecznością państwową. — Cz. Wroczyński: Co nam da nowy projekt ustawy przeciwalkoholowej. — Z. Zaleska: Rola prasy w walce z alkoholizmem. — Ś. p. prof. I. Piltz: Z ruchu higjeny psychicznej w Stanach Zjednoczonych A. P. — St. Władyczko: Mała książeczka. — IX. Polski Kongres przeciwalkoholowy. Sprawozdanie.

Przemysł chemiczny, nr. 4, z lutego 1931: J. Fischler: Przyczynek do teorji procesu kontaktowego. — J. Zawadzki i T. Borucki: O działaniu pary wodnej na fosfór. — L. Wasilewski i W. Bądzyński: Straty materjałowe i korozja aparatury przy odparowywaniu roztworów azotanu amonowego (dok.).

Położna, rok IV, nr. 1—2, za styczeń-luty 1931: St. Sterling-Okuniewski i Br. Weinert: Walka z rakiem na terenie Rzeczypospolitej. — Ks. Fr. Cieszyński: Wzbieranie gruczołów piersiowych i krwawienie z pochwy u noworodków. — K. Piskozub: O chorobach sutka.

Opieka nad dzieckiem, rok IX, nr. 1, ze stycznia 1931: P. Bovet: Instynkt własności u dziecka.

Dziecko i matka, rok VI, nr. 4, z r. 1931: Z. Dzięciołowska-Brykalska: Dziecko i rzeczy ważne. — C. Bańkowska. Mama bawi się z Dzidzią. — J. Korczakowska: Nie rozumiesz.... — M. Dobrowolska: Wyprawka niemowlęcia do 3 miesięcy. — M. Morzkowska: Odżywianie niemowlęcia w okresie 3—9 miesięcy. — K. Falkowska: Odra. — M. Kłosińska: Gruźlica.

Warszawskie czasopismo lekarskie, rok VIII, nr. 9., z 26 lutego 1931: J. Typograf: W sprawie rozpoznawania i leczenia chorób serca. — J. Pinczewski i M. Wolff: O nietypowych objawach, występujących w zapaleniu wielonerwowem (c. d.). — F. Turyn: Stany zapalne prostnicy i esicy (streszcz. pogl.). — M. Grzywo-Dąbrowska: Listy samobójców. — T. Sporzyński: Kwestja zmienności BCG, a szczepienia ochronne metodą Calmette'a. — A. Tuchendler: Akcja międzynarodowa przeciw reumatyzmowi.

Pielęgniarka polska, rok III, nr. 2, z r. 1931: Cz. Wroczyński: Szkolenie pielęgniarek. — L. Bielicka: Z wrażeń zagranicznych. — M. Skokowska-Rudolfowa: Udział kobiet w Norwegji w walce z gruźlicą.

Lekarz kolejowy, rok IV, nr. 1, za luty 1931: A. Dortort: W sprawie szczepień ochronnych przeciwpłonicznych. — E. Boczkowski: O znaczeniu modeli plastycznych przy nauczaniu anatomji człowieka na wydziałach lekarskich. — L. Gubrynowicz: Przypadek wyrośli kostnej łopatki. — T. Stryjecki: I-sze dziesięciolecie pracowni chem.-bakt. kolejowej w Warszawie. — E. Hanke. O usprawnieniu pracy i poprawie bytu lekarzy rejonowych. — B. Żebrowski: Uwagi i zastrzeżenie Koła Wileńskiego Z. L. K. do referatu Koła Śląskiego „O usprawnieniu pracy i poprawie bytu lek. rej.". — Gimżewski: W sprawie celowego zorganizowania pracy piśmiennej lek. rej. P. K. P. — T. Bisaga: Walka z alkoholizmem a koleje. — T. Barysiewicz: Przyczynek do walki z alkoholizmem na kolejach na podstawie praktyki stosowanej w niektórych rejonach Dyr. Wil.

Przegląd dentystyczny, rok XI, nr. 2. z lutego 1931: W. Szafran: Dentystyka zachowawcza Kas w świetle cyfr budżetowych. — A. Cieszyński: Usprawnienie zębolecznictwa w Kasach chorych.

Wiadomości farmaceutyczne, rok LVIII, nr. 9, z 1 marca 1931: P. Dyzbowska: Spostrzeżenia nad niektóremi roślinami leczniczemi w r. 1928 (dok.). — Sprawy zawodowe.

Wychowanie fizyczne, rok XII, nr. 3 z marca 1931: E. Reicherówna: O oddychaniu i o działaniu ćwiczeń cielesnych na oddychanie. — K. Sokal: Walka z alkoholizmem a szkoła. — H. Chr. Cherlak: O nauce ćwiczeń zręczności (dok.). — O. Zawrecki: Ćwiczenia na lodzie.

Przegląd weterynaryjny, Nr. 1, r. XLIV. F. Schwarz: Tak zwany rak strzałki na wszystkich kopytach konia. — Prof. Dr. K. Szczudłowski: Działalność kliniczna Zakładu Chorób Kończyn i Polikliniki Chirurgicznej w r. 1928. — A. Schott, P. Pacześniowski: Ciało obce w dwunastnicy kota. — A. Szczypko. Spostrzeżenia przy kastracjach drobiu przeprowadzanych w lecznicy weterynaryjnej w Turce. — A. Zakrzewski: Z kazuistyki sądowej. — Streszczenia i oceny.

Przegląd weterynaryjny, rok XLIV, Nr. 2, z lutego 1931: St. Mglej: Ciśnienie krwi u koni zdrowych i chorych i jego znaczenie kliniczne. — M. Filipowski: Przyczynek do nieprawidłowości w budowie narządów rodnych u krowy. — B. Naterski: Nowy rodzaj cięcia przy kastracji. — S. Gajewski: Do artykłu B. Naterskiego p. t. Nowy rodzaj cięcia przy kastracji.

Nowiny lekarskie, rok XLIII, nr. 5, z 1 marca 1931: B. Kowalski: Rozpoznanie różniczkowe ciąży i najważniejszych nieprawidłowości ciążowych (c. d.). — J. Schlingmann: Wartość uroselektanu w urografji nerek i dróg moczowych. — W. Zakrzewski: Verazolon jako środek analgetyczny.

Nowiny społeczno-lekarskie, rok V, nr. 5, z 1 marca 1931: Umowy z Kasami chorych. — Z życia Związku lekarzy Państwa Polskiego. — Z. Rudolf: Higjena urbanistyczna (c. d.).

Wiadomości Kas chorych, rok II, nr. 3, z 1 lutego 1931: Zarządzenia M. P. i O. S. — Zarządzenia O.-P. Z. K. Ch. — Z zagadnień organizacyjnych Kas chorych. — Zagadnienia Społeczne. — Walka z chorobami płciowemi. — Bilanse i rachunki działalności za rok 1929. — Z życia Kas chorych. — Kronika zagraniczna. — Kronika krajowa.

———————

PRZEGLĄD PIŚMIENNICTWA.

Piśmiennictwo francuskie.
La Presse médicale.

Nr. 8. 1931.

A. Dumas: *Samoistne nadciśnienie, rozważania etjologiczne i terapeutyczne.* Stałe podwyższone ciśnienie tętnicze krwi należy uważać za osobną jednostkę chorobową. Zmiany w nerkach występują dopiero w późniejszym wieku i są dalszym etapem rozwoju nadciśnienia, które charakteryzują zmiany hyalinowe w tętniczkach. Chorobę tą powinno się zaliczyć do dużej grupy skaz jak artretyzm, dna, cukrzyca i t. p. Włączenie nadciśnienia jako osobnej jednostki chorobowej do grupy skaz ma nietylko znaczenie teoretyczne ale też i praktyczne, ponieważ wtedy przestanie się zwracać główną uwagę leczniczą na ciśnienie, które jest tylko jednym z objawów tej choroby. Ze stanowiska patologji ogólnej znajduje się przez to wytłumaczenie dla różnych zmian w sokach ustroju, charakteryzujących nadciśnienie, jak wysoki poziom cholesteryny, kwasu moczowego, cukru, wapnia, chloru w surowicy krwi i t. p. Przy leczeniu nadciśnienia czynniki higjeniczno-dietetyczne odgrywają ważną rolę, przyczem nie należy się opierać tylko na leczeniu ewent. zmian nerkowych. Oprócz tego zależnie od stadjum, postaci i przypadku chorobowego należy stosować leczenie klimatyczne, kąpielowe i środkami farmakologicznemi.

Nr. 9. 1931.

J. Piquet: *Postacie anatomo-kliniczne ropni w mózgu pochodzenia usznego i ich prognoza.* Prognoza przy ropniu mózgowym zależy od postaci anatomo-patologicznej. Najczęstszym a prognostycznie najlepszym jest ropień pojedynczy, który klinicznie charakteryzuje się przebiegiem bezgorączkowym oraz objawami wzmożonego ciśnienia śródczaszkowego. Takie ropnie stanowią najczęściej powikłanie przewlekłych zapaleń usznych, podczas gdy przy ostrych zapaleniach ucha środkowego zdarzają się głównie ropnie o charakterze rozlanych zapaleń mózgu. W ropniu pojedynczym stałemi objawami klinicznemi są: ból głowy, głęboki i bardzo przykry, zamroczenie umysłu i zmniejszenie ilości tętna. Tarcza zastoinowa, wychudzenie i różne objawy lokalizacyjne są niestałe.

Drugą postacią anatomiczną jest ropne zapalenie mózgu, w którym martwica zajmuje większą przestrzeń, przyczem niema wcale reakcji obronnej ze strony tkanki w formie wału z ciałek białych, a nawet niema właściwej ropy. Odmianą takiego rozlanego zapalenia mózgu są mnogie ropnie. Klinicznie dają one objawy jak przy ropniu pojedyńczym, ale towarzyszy im stan gorączkowy 38—38,5° C ze skokami do 39° a nawet 40° C. Mniej typowe jest zmniejszenie ilości tętna. Rozpoznać te dwie postacie można dopiero w czasie operacji. Jeżeli po wypróżnieniu ropnia objawy wzmożonego ucisku śródczaszkowego utrzymują się w dalszym ciągu, należy przypuszczać, że są jeszcze ropnie. Trudno jest rozpoznać bardzo ważne ze względu na postępowanie, czy jest ropień wtórny czy też rozlane ropne zapalenie mózgu.

Trzecia postać to rozlane nie ropne zapalenie mózgu. Niema tu ropienia tylko obrzęk zapalny, często stanowi ona początkowe stadjum 2 poprzednich form, ale może również doprowadzić do śmierci lub wyzdrowienia bez zropienia. Klinicznie postać ta jest mało znana i przebiega z podwyższoną ciepłotą i objawami ucisku mózgu. Stanowi ona powikłanie ostrego zapalenia ucha, ale późniejsze w 12—15 dniu choroby.

Ropień pojedynczy odpowiednio leczony i operowany daje 90% wyleczeń, ropne zapalenie mózgu 40—50%, rozlane nieropne zapalenie jest postacią najcięższą, ponieważ nie można go leczyć operacyjnie.

X. Delore i R. Monnier: *Niedostateczne wyniki zespolenia żołądkowo-jelitowego przy leczeniu wrzodów żołądkowo-dwunastniczych.* Autorowie na podstawie obserwacyj podają, że zespolenie ż.-j. daje czasem wyniki, ale ponieważ wrzód dwunastnicy nie znika po takim zabiegu przeto radzą wycięcie żołądka i dwunastnicy jeżeli to jest możliwe. Unika się w ten sposób powikłań jak krwawień i przedziurawień wrzodu dwunastnicy. Zrakowacenie wrzodu dwunastnicy jest bardzo rzadkie, przeciwnie jak przy wrzodzie żołądka. Autorowie są zwolennikami wycięcia żołądka.

Nr. 10. 1931.

L. Ribadeau-Dumas: *Lekkie awitaminozy u oseskôw.* Zupełny brak witamin powodujący odpowiednie choroby można obecnie dość łatwo rozpoznać, natomiast znacznie trudniej rozpoznać lżejsze awitaminozy, wywołane przez względny brak tych czynników odżywczych. Autor omawia rozwinięte obrazy chorobowe poszczególnych awitaminoz oraz ich lekkie postacie (witaminy A, B, C, D) i podaje przykłady obserwowanych przypadków, które wyleczył po podaniu odpowiednich czynników (antykseroftalmiczny, antyneurytyczny i wzrostowy, przeciwszkorbutowy, przeciwkrzywiczy). Wszystkie lekkie awitaminozy dają objawy ogólne prawie te same. Zatrzymanie wzrostu, brak łaknienia, bladość, często bezsenność, niepokój lub brak ruchu to są ogólne objawy. Do tego przy szkorbucie dziecięcym dołącza się anemja i skłonność do małych krwawień, przy awitaminozie B podniecenie i skurcze mięśniowe, przy awitaminozie A lekkie zaburzenia oczne a przy lekkiej krzywicy (D) obrazy rentgenologiczne i zaburzenia w przemianie wapnia i fosforu.

Skowroński (Lwów).

Piśmiennictwo niemieckie.
Medizinische Klinik.

Nr. 29. 1930.

G. Schlomka: *Nowsze wyniki badań fizjologicznych nad starzeniem się i ich kliniczne znaczenie.* Badania chemiczne oparte na zasadzie oznaczania zawartości wody, azotu, wapnia i cholesteryny w zależności od wieku w takich tkankach jak chrząstka żebrowa, soczewka, skóra, rogówka i aorta. Starzenie się fizjologiczne odbywa się harmonijnie we wszystkich tkankach odpowiednio do konstytucji osobnika.

H. Gerhartz: *Schorzenie gruczołów śródpłucnych.* Zajęcie gruczołów śródpłucnych wskazuje na zdjęciach rentgenologicznych, że zakażenie idzie od wnęki i droga naczyń limfatycznych jest może w rozprzestrzenianiu się gruźlicy w tkance płucnej częstszą niż się dotychczas przypuszcza. Zdarza się także schorzenie tych gruczołów jako zupełnie odrębna postać chorobowa.

A. v. Liebermann: *Zapalenie torebek stawu barkowego.* Choroba Duplay'a.

A. Bergel: *Lipurja i nerczyca lipoidowa.* Rzadko spotykanej lipurji towarzyszy zawsze lipemja. Przy nerczycach ilość cholesteryny we krwi znacznie zwiększona ponad przyjętą normę 120—180 mg %.

E. Aron: *Serce, ciśnienie krwi i klimat górski.* Badanie w kamerze o ciśnieniu odpowiadającem wysokości 2000 m. n. p. m. (590 mm Hg) nad zachowaniem się ciśnienia krwi, częstości tętna, ilości hemoglobiny i ciałek czerwonych oraz samopoczucia u chorych z miażdżycą tętnic, hipertonją i wadami serca. Materjał zbyt szczupły (4 chore), aby autor mógł wyprowadzić daleko idący wniosek o wskazaniu do wysyłania takich przypadków w klimat górski.

F. Hettfleisch: *Zespół rdzeniowy przy przewlekłej białaczce szpikowej.* W białaczce spotyka się objawy nerwowe, ale raczej ze strony nerwów mózgowych. Autor zaś opisuje rzadki przypadek białaczki szpikowej z objawami podobnemi do *myelitis funicularis* pod postacią *pseudotabes* tak, jak to występuje często przy niedokrwistości złośliwej.

J. Schiffmann: *Histopatologja na usługach ginekologji.* Na przykładach wskazuje, dlaczego badanie histologiczne powinno być przeprowadzone nietylko jako rozpoznawcze, ale i pooperacyjnego materjału.

G. Scherk: *Przypadek ostrego żółtego zaniku wątroby.* U 71 letniej pacjentki połączenie zaniku wątroby z kamicą bez objawów bólowych.

C. Klieneberger: *Pogorszenie dawnej wady zastawki dwudzielnej przez służbę wojskową i przez jednorazowy wysiłek.* Dział ubezpieczeń.

H. Abrahamsen i E. Meulengracht: *Wycięcie śledziony przy thrombopenia essentialis.* Obserwacja 2 przypadków dłuższy czas przed i po operacji. Znaczenie operacji raczej paljatywne niż lecznicze.

H. Powązka (Kraków).

RUCH W TOWARZYSTWACH LEKARSKICH. — ZJAZDY.

Łódzkie Towarzystwo lekarskie.

Protokół posiedzenia z dnia 3. XII. 1930 r.

Demonstracje chorych.

I. Kol. Sonnenberg przedstawia 26 letniego mężczyznę, który przybył do szpitala św. Aleksandra przed 2 tygodniami *ze zgorzelą napletka, jako powikłaniem wrzodu pierwotnego.* W chwili przybycia do szpitala zgorzel nie była jeszcze umiejscowiona. Z terenu, objętego zgorzelą, wydzielała się ciecz cuchnąca. Stan ogólny był ciężki. Na skórze: *exanthema papulosum, ecthyma.* Rozpoczęto leczenie ogólne, a miejscowo — zabiegi przeciwgnilne. Po kilku dniach linja demarkacyjna. Po oddzieleniu się napletka stan ogólny się poprawił. Wyhodowano (Dr. T. Załęski): *bact. pyocyaneum* i *proteus.* (Streszczenie własne).

II. Kol. Sonnenberg przedstawił 50 letniego *tabetyka z rozległemi zmianami na skórze*, o postaci wrzodziejącej (niesztowica i brudzica). Przypadek ten budzi zainteresowanie dlatego, że stanowi na tle antagonistycznego ustosunkowania się tego rodzaju wykwitów do metaluesu — zjawisko niezwykle rzadkie. Kiła od 16 lat. Uwiąd rdzenia od kilku lat. Wykwity na skórze od 6 tygodni. Płyn mózgowo-rdzeniowy: Wassermann = 0,1 ++++, Pandy = dodatni, Białko = 1,4%. (Streszczenie własne).

III. Kol. Sonnenberg przedstawił 30 letniego mężczyznę ze zniekształceniem włosów pod pachami: *Trichomycosis palmellina Pick.* Wzdłuż łodygi włosa, w odległości kilku centymetrów od skóry ciągną się masy zbite, twarde, suche, o powierzchni szorstkiej, pokryte jakby drobniutką ziarniną. Masy te opasują włos dokoła i tworzą zgrubienie, które z trudnością można zdrapać. Na niektórych włosach obok powyższej postaci rozlanej znajduje się zgrubienie w postaci szeregu bryłek, ułożonych na włosie w odstępach krótkich. Przypominają one sznurek nawleczonych paciorków. Są usadowione na włosie mimośrodkowo i nie dają się wzdłuż włosa przesuwać.

W r. 1898 przypadek takiego cierpienia został przez kol. Sonnenberga szczegółowo zbadany i opisany. („Monatshefte für praktische Dermatologie" B. XXVII. 1898 i „Medycyna" 1898 Nr. 24 i 25). Hodowla, dokonana w laboratorjum kol. M. Silberstroma, stwierdziła drobnoustroje w postaci dwoinek.

Kol. Sonnenberg pokazuje fotografję, na które zniekształcenie włosów jest wielokrotnie zwiększone. (Streszczenie własne).

IV. Kol. Kryński: *Naświetlanie promieniami Roentgena okolicy rdzeniowej przy niektórych schorzeniach skórnych"* (praca ukaże się w druku).

W dyskusji nad odczytem kol. Kryńskiego —

Kol. Sonnenberg. Nie ulega wątpliwości, że naświetlanie promieniami Roentgena okolicy rdzeniowej, czy to w postaci metody Gonin'a, czy Pautrier'a, prowadzi w niektórych cierpieniach skóry do celu, wywierając w wielu przypadkach efekt leczniczy. Jeśli % niepowodzeń w leczeniu jest dziś jeszcze duży — to nic dziwnego: przecież metoda jest jeszcze nowa, nawet mechanizm jej działania nie jest jeszcze zupełnie wyświetlony. Należy więc przypuszczać, że wraz z udoskonaleniem metody procent ten będzie się zmniejszał.

W dalszym ciągu podkreśla kol. S. kilka okoliczności, które pozostają w związku ze sprawą, o której mowa. Mówi o notowanych po stosowaniu tej metody obostrzeniach wykwitów czerwonego liszaja płaskiego, które stają się obfitszemi, co bardzo przypomina odczyn Jarisch-Herxheimer'a. Kolega S. wspomina o recydywach wykwitów i zwraca uwagę na komunikowane fakty, iż w przypadkach, kiedy stosowanie tej metody zawodzi, ustrój staje się bardzo opornym na stosowanie zwykłej terapji.

Jeszcze na jedną okoliczność zwraca kol. Sonnenberg uwagę. Oto stosowanie omawianej metody w sposób nieoczekiwany, zupełnie przypadkowo, przyczyniło się do wyjaśnienia pewnej kwestji spornej w dermatologji. Hufschmitt pierwszy zauważył u chorej, dotkniętej czerwonym liszajem płaskim, u której na goleni był jednocześnie lichen corneus, że pod wpływem stosowania omawianej metody czerwony liszaj ustąpił, a liszaj rogowy — nie ustępował. Spostrzeżenie to zostało następnie potwierdzone przez innych. Kol. Kryński w swoim wyczerpującym odczycie również zaznacza oporne zachowanie się promieni przy liszaju rogowym. A ponieważ niektórzy uczeni francuscy zapatrują się na lichen corneus nie jak na odmianę czerwonego liszaja płaskiego, jak to czyni większość, lecz widzą w nim nienormalne zliszajowacenie, które może wikłać zarówno czerwony liszaj, jak i inne dermatozy, to takie odrębne, wybiórcze zachowanie się promieni R. w stosunku do lichen rub. planus, a niedziałające przy lichen corneus, świadczy o tem, że między temi postaciami niema pokrewieństwa nozologicznego. To zachowanie się więc promieni w danym wypadku stanowi argument na korzyść tych poglądów, które odgraniczają od siebie te dwie sprawy chorobowe i na stronę tych właśnie poglądów przechyla sporną kwestję. (Streszczenie własne). Kol. Frenkiel zapytuje, dlaczego prelegent wybrał pewne pola do naświetlania i czy naświetlanie końcówek nerwowych działa podniecająco czy porażenie. Kol. Klozenberg. Jakie dawki stosowano w przypadkach, gdzie występowały recydywy. Kol. Kryński. Obostrzenia spotykał tylko w początkach przy stosowaniu silniejszych dawek. Nie uważa, żeby w przypadkach, gdzie naświetlanie zawodzi, stosowanie innych metod leczniczych było utrudnione. Pola naświetlania wybierał celem rónowmiernego podziału energji świetlnej. Czy naświetlanie działa hamująco, czy drażniąco, jest to jeszcze sprawą nierozstrzygniętą. Metoda jest pośrednia, bo nie naświetla bezpośrednio chorych miejsc na skórze, lecz pewne segmenty rdzenia.

Protokół posiedzenia z dnia 17. XII. 1930 r.

I. Kol. A. Margolis wygłosił odczyt pod tyt.: *„Gruźlica w Łodzi".* (Ukaże się w druku).

W odczycie bogato ilustrowanym przeźroczami tablic statystycznych prelegent zobrazował stan gruźlicy w Łodzi oraz walkę z nią i jej wyniki.

Dyskusja.

Kol. Reiterowski. Lepsze uposażenie robotników wpłynęłoby dodatnio na stan mieszkaniowy i tem samem na szerzenie się gruźlicy. Kol. Ładyński. Walka z gruźlicą daje wyniki realne. Statystyka nowojorska wykazuje zmniejszenie się zgonów od gruźlicy w latach ostatnich, natomiast wzrost ilości zgonów od chorób serca. Kol. Frenkiel zapytuje, jak się przedstawia walka z gruźlicą w innych ośrodkach przemysłowych. Kol. Kryszek zapytuje, czy ilość stosowanej odmy sztucznej nie wpłynęła na zmniejszenie się śmiertelności z powodu gruźlicy. Kol. Margolis. Samorząd miasta Łodzi na walkę z gruźlicą wydaje 20% całego budżetu Wydziału Zdrowotności. Danych z innych ośrodków przemysłowych nie posiada. Nie ma również danych co do wpływu odmy sztucznej na śmiertelność od gruźlicy. Dotychczasowa walka z gruźlicą bezwzględnie jest korzystną, niestety wyniki jej znacznie pogarsza brak dostatecznej ilości łóżek szpitalnych i sanatoryjnych. Kol. Mittelstaedt. Gdyby walka z gruźlicą nie była prowadzona, śmiertelność wskutek gruźlicy byłaby znacznie większa.

Sekretarz: *B. Czaplicki.*

WIADOMOŚCI BIEŻĄCE.

Warszawa.

Polskie Towarzystwo Szpitalnictwa. Odezwa. Rzeczą jest godną uwagi, że w ciągu ostatnich dziesięcioleci we wszystkich państwach, przodujących w postępie cywilizacyjnym, dokładnie prowadzona statystyka wykazuje stały wzrost przedłużenia się życia ludzkiego. Bezwątpienia szerzenie się elementeranych zasad higjeny, stwarzanie racjonalniejszych ludzkich osiedli, uprawnianie sportów, polepszanie na mocy ustawodawstw współczesnych warunków pracy robotnika i t. d. łącznie z ogólnym rozwojem medycyny i rozległym aparatem środków leczniczych, wszystko to składa się na tłomaczenie sobie tego zjawiska. Zawdzięczając jednak tym okolicznościom znacznie pomnaża się kapitał intelektualny narodu, gdyż każda jednostka jest dłużej czynna, a przeto lepiej spłaca początkowy wkład, który otrzymała od tegoż społeczeństwa. Tembardziej o chorego, pomijając już wzgląd czysto humanitarny, powinniśmy dbać jeszcze więcej, starając się jak najprędzej przywrócić mu zdolność do pracy, czyli zwrócić społeczeństwu ten wartościowy „kapitał" w celu dalszego prosperowania dla ogólnego dobra.

Głównemi ośrodkami tych cennych przemian są szpitale, owe wielkie przetwórnie zużytych wartości na nowe, które jednak

wtedy spełnią swą doniosłą rolę w społeczeństwie, o ile ilościowo i jakościowo dorównywać będą wymaganiom współczesności. Dostatecznie rozrzucona sieć szpitali psychjatrycznych, zakaźnych i gruźliczych wyeliminowuje groźny rozkład fizyczny jednostek i przyczynia się tem do podnoszenia rasy. To też wiele państw przodujących kulturą widzi w rozwoju szpitalnictwa wprost najżywotniejszą konieczność państwową, jako czynnika znakomicie ekonomizującego siły materjalne, a przeto i duchowe narodu. Równolegle z ewolucją całego organizmu szpitalnego postępuje też rozkwit wiedzy medycznej, jest to bowiem najodpowiedniejszy teren dla badań, prac i odkryć naukowych, oraz miejsce szkolenia się przyszłych lekarzy. To też na wznoszenie wzorowych klinicznych szpitali, wyposażonych nowocześnie, powinna być zwrócona specjalnie troskliwa uwaga.

Rzućmy teraz na chwilę okiem na stan szpitalnictwa w odrodzonej Polsce, ażeby choć w najogólniejszych zarysach uzmysłowić sobie ogrom czekających nas zadań. Od zamierzchłych czasów naród składał liczne dowody swej troski o chorego i ułomnego, zakładając liczne fundacje. W okresie niewoli ustaje powoli ta interwencja czynnika społecznego, gdyż i te humanitarne placówki—szpitale stawały się terenem panoszenia ducha obcego. Pożoga wojenna 1914—18 r. w b. Królestwie i Małopolsce Wschodniej obraca w perzynę wiele szpitali, niejedne padają pastwą grabieży. W czasie konsolidacji państwowej mamy przed sobą zadania przedewszystkiem restytucyjne poprzednich warsztatów pracy, unifikację trzech odmiennych prawodawstw szpitalnych, państwo i samorządy przyjmują przeważnie na siebie cały ciężar deficytowej gospodarki szpitalnej, inicjatywa prywatna, jako też ofiarność publiczna, w zubożałem społeczeństwie zupełnie zanika. Oto łańcuch rozmaitych przeciwności, który wreszcie zaprowadził nas pod względem jakościowym zakładów leczniczych, a głównie co do ilości łóżek szpitalnych na jedno z ostatnich miejsc w stosunku do innych cywilizowanych narodów Europy.

Dość wskazać, że brak łóżek gruźliczych jest czterokrotnie większy, niż średni stan posiadania w ośmiu sąsiadujących z nami narodów i palącą potrzebą jest wzniesienie w najbliższem pięcioleciu około 25.000 łóżek szpitalno-sanatoryjnych; że w stosunku do państw najlepiej zabezpieczonych w łóżka psychjatryczne, jak Holandja i Stany Zjedn. Ameryki Półn., stoimy sześcio i siedmiokrotnie gorzej i żeby ten stosunek polepszyć choćby o połowę potrzeba 18.500 łóżek (pięć województw kresowych o 6 milj. ludności nie rozporządza ani jednem łóżkiem dla psychicznie chorego); łóżeczek dla chorób dziecięcych jest tylko trzynasta część, czyli brakuje około 30.000 miejsc, łóżek ogólnych zaś około 50%.

Cóż dziwnego, że wszelkie wysiłki i chlubne poczynania ostatnich lat wprost giną w tem morzu potrzeb. Sytuacja pogarsza się jeszcze przez to, że wobec przeciągającego się kryzysu ekonomicznego w państwie i zaniechania narazie jakichkolwiek dalszych inwestycyj, nie utrzymujemy się nawet przy dotychczasowym stanie posiadania łóżek szpitalnych wobec samego przyrostu ludności, lecz już cofamy się wstecz.

W obliczu rosnącej klęski społecznej, której skutki rozciągają się na lata, staje się nakazem chwili skupienie bez wyjątku wszystkich, pracujących na polu szpitalnictwa w jedną, potężną organizację, stawiającą sobie za zadanie, drogą skonsolidowanego wysiłku, opartego o zdecydowany i celowy program, stopniowo „dźwignąć", a z czasem nawet „odrodzić" szpitalnictwo. Tem zrzeszeniem na całą Polskę jest założone w 1930 r. „Polskie Towarzystwo Szpitalnictwa", które po zalegalizowaniu i niezbędnym okresie przygotowawczym z początkiem 1931 r. przystępuje do pracy.

Zakres działania zawarty jest w §§ 1 i 2 statutu i brzmi, jak następuje: „Polskie Tow. Szpitalnictwa ma na celu podniesienie poziomu i rozwój szpitalnictwa pod względem lekarskim, budowlano-technicznym i administracyjnym. Dla osiągnięcia tych zamierzeń P. T. S.: a) tworzy biuro centralne w celu gromadzenia materjałów, dotyczących szpitalnictwa w Polsce i zagranicą, utworzenie bibljoteki z zakresu szpitalnictwa, utworzenie muzeum szpitalnictwa; b) udziela rad i informacyj w różnych działach szpitalnictwa; c) urządza ankiety międzyszpitalne, dotyczące różnych zagadnień z zakresu budownictwa, higjeny, lecznictwa, pielęgniarstwa, urządzenia i prowadzenia szpitala; d) organizuje zbiorowe zwiedzanie wzorowych zakładów leczniczych; e) urządza posiedzenia naukowe; f) tworzy kursy, wykłady, zajęcia praktyczne z zakresu szpitalnictwa; urządza wystawy i pokazy publiczne; g) wydaje pismo, poświęcone sprawom szpitalnictwa, opracowuje i wydaje dzieła, broszury, instrukcje i regulaminy z zakresu szpitalnictwa; pomaga przy podejmowaniu prac specjalnych i przy ogłaszaniu drukiem ich wyników; h) powołuje komisje w celu opracowania będących na czasie zagadnień z dziedziny zadań Towarzystwa; ogłasza konkursy na opracowanie tematów, uznanych za doniosłe przez Towarzystwo; nagradza prace z zakresu działalności Towarzystwa, pojawiające się w postaci dzieł lub artykułów; i) organizuje zjazdy miejscowe i ogólnokrajowe, współdziała w zjazdach międzynarodowych w sprawach szpitalnictwa, jako też wysyła delegatów na zjazdy lub dla badania zagadnień z zakresu działalności Towarzystwa i w tym celu ustanawia stypendja; j) zakłada i prowadzi różne instytucje, mające związek z celami Towarzystwa; k) współdziała z władzami państwowemi, samorządowemi, zrzeszeniami społecznemi, organizacjami zawodowemi i naukowemi lekarzy, inżynierów, architektów i pielęgniarek w zakresie szpitalnictwa; l) występuje do wszelkich władz państwowych, samorządowych z odpowiedniemi memorjałami, wnioskami, petycjami i projektami praw; m) przyłącza sę do „Międzynarodowego Towarzystwa Szpitalnictwa" — „Association Internationale des Hôpitaux".

Analogiczne zrzeszenia skupiające lekarzy, inżynierów, administratorów, przedstawicieli szkół pielęgniarstwa i higjeny, wszelkiego rodzaju szpitale i lecznice oraz zakłady, stowarzyszenia lub instytucje, mające styczność z budownictwem i techniką szpitalną, wreszcie zarządy miast, urzędy państwowe i komunalne, istnieją już w ośmiu państwach, a mianowicie w Anglji, Austrji, Belgji, Holandji, Francji, na Kubie, Niemczech i Stanach Zjednoczonych. W obecnym czasie organizują się Tow. Szpit. w Bułgarji, Chili, Danji, Meksyku, Norwegji, Szwecji, Szwajcarji. Prototypem tych wszystkich Towarzystw jest zawiązane już 42 lat temu Amerykańskie Tow. Szpitalnictwa, instytucja wzorowo zorganizowana, rozporządzająca słynną bibljoteką - wypożyczalnią w Chicago, licząca kilka tysięcy członków osobistych i zbiorowych. Właśnie od czasu założenia tej instytucji datuje się ten imponujący rozwój szpitalnictwa, który postawił w stosunkowo szybkim czasie Stany Zjednoczone A. P. na czołowem miejscu pod względem posiadanych łóżek szpitalnych w kraju, — prawie 8 łóżek na 1000 mieszkańców (w Polsce 2,25 ł.); o tym niebywałym rozkwicie daje pojęcie przemysł związany z budową i instalacją szpitali, który zajął piąte miejsce wśród innych największych przemysłów. Powyższe okoliczności, wkraczające w dziedzinę już nie tylko doniosłych rozwiązań lekarsko-technicznych, lecz też poważnych trudności ekonomiczno-socjalnych, podsunęły myśl jen. sekretarzowi Medycznej Akademji w N.-Yorku dr. fil. E. Lewińskiemu-Corwinowi zwołania właśnie do Ameryki „Pierwszego Międzynarodowego Kongresu Szpitalnictwa" w roku 1929.

Do zawiązanego na Kongresie w Atlantic City „Międzynarodowego Komitetu Szpitalnictwa", który ma być przekształcony na najbliższym Kongresie w Wiedniu w czerwcu r. b. na „Międzynarodowe Towarzystwo Szpitalnictwa", weszło narazie 36 przedstawicieli państw uczestniczących w Kongresie. Statut M. T. S. przewiduje udział w nim po 2 delegatów poszczególnych narodowych towarzystw i jednego przedstawiciela państwa, oraz 12 członków rzeczoznawców, kooptowanych przez Zarząd. Ta stała współpraca z innemi narodami, oraz przygotowywanie materjałów na kolejne Kongresy przynosić nam będzie ogromne korzyści, lecz też nakłada duże i rozległe obowiązki. Tembardziej w obecnych warunkach, znajdując się niejako *„in statu nascendi"*, podołać tym zadaniom będzie bardzo trudno, a jednak musi to być nadrobione jak najprędzej, wychodząc z pobudek chociażby ambicji narodowej.

Na tem miejscu zwracamy się z apelem o przekazywanie względnie składanie do depozytu do bibljoteki P. T. S. wszelkich materjałów, dotyczących zagadnień szpitalnictwa w ogólności, a więc książek, broszur, manuskryptów, zestawień i statystyk, wykresów, planów istniejących lub zamierzonych budowli, fotografji, katalogów etc. etc. Te materjały, czerpnięte wprost z życia, będą dawały najlepszy obraz naszego stanu, naszych niedomagań, lub chlubnych wyników; będąc w styczności z urzędami państwowemi, komunalnemi i instytucjami szpitalnemi musimy stopniowo skompletować i nadal uzupełniać to jedyne w swoim rodzaju „Archiwum szpitalne" w Polsce: z czasem z dubletów i perjodycznych wydawnictw utworzą się zeszyty biura wypożyczalni. Wobec zbliżającego się II Międzynarodowego Kongresu Szpitalnictwa w Wiedniu konieczną jest rzeczą przygotowanie eksponatów na wystawę (plany i fotografje), jak również opracowanie odpowiedniej broszury propagandowej o naszych wysiłkach na polu szpitalnictwa — jest to oczywiście jedno z najbliższych zadań P. T. S., tembardziej więc o jaknajżyczliwszy współudział i pomoc pod każdą postacią usilnie prosimy.

Raz do roku przewidują się zjazdy wszystkich członków kolejno w różnych większych miastach Polski dla obrad na plenum i w komisjach. Odczyty dyskusyjne wygłaszane w Warszawie

będą drukowane, a w pewnych okolicznościach mogą być powtarzane i w innych liczniejszych ośrodkach członków Towarzystwa. W bieżącym półroczu zgłoszono już szereg referatów; pierwsze te zebrania dyskusyjne członków odbywać się będą narazie w małej sali Warsz. Tow. Higjenicznego o godz. 20 (ul Karowa 31) w następującej kolejności i terminach (o wszelkich zmianach członkowie każdorazowo będą powiadamiani): 1) „Sprawozdanie z Wystawy Higjenicznej w Dreźnie 1930 r.". — Dr. Cz. Wreczyński. (19 lutego). 2) „Typy pawilonów dla chorych zakaźnych przy powiatowych (miejskich) szpitalach powszechnych" (przeźrocza). — Dr. B. Ostromęcki. (4 marca). 3) „Współczesne urządzenia sanitarno-zdrowotne w szpitalnictwie" (przeźrocza). — Doc. inż. F. Bąkowski. (18 marca). 4) „Rozbudowa szp. św. Stanisława w Warszawie — pawilon obserw.-zakaźny, centrala, kuchnia" (przeźrocza). — Inż. arch. W. Borawski. (1 kwietnia). 5) „Szpital w nocy". — Dr. A. Goldman. (15 kwietnia). 6) „Typ nowoczesnego zakładu leczniczego dla chorych na gruźlicę płuc". — Dr. M. Grodecki. (29 kwietnia). 7) „Najnowsze sanatorja dla gruźlicy w Stan. Zjedn. A. P. w związku z I. M. Kongresem Szpitalnictwa, (przeźrocza). — Inż. arch. W. Borawski. (13 maja). 8) „O zakładach dla dzieci niedorozwiniętych". — Dr. Windlocha. (27 maja). Pozatem przewiduje się poruszenie spraw, jak uposażenie lekarzy szpitalnych, asystentów, pielęgnowanie chorych, sprawa ambulatorjów, organizacje szpitalne w różnych dzielnicach państwa, uwagi do rozporządzenia wykonawczego do ustawy szpitalnej i wiele innych. Zarząd zwraca się z gorącą prośbą o zgłaszania na piśmie referatów (w krótkiem streszczeniu) w celu wytworzenia bezwzględnej ciągłości; mogą to być również tematy, poruszone już w stowarzyszeniach lekarskich poza Warszawą i nie ogłoszone dotąd drukiem.

Widzimy, jak trudne są początki i z pewnością będą w pracy naszej usterki — poradźcie wtedy, jak tego unikać, a prędzej i łatwiej znajdziemy drogi wyjścia. Chcemy stworzyć atmosferę pracy rzeczowej i szczerej; pragniemy, ażeby weszło w naszą tradycję, że będziemy słuchać nietylko dzielących się z nami swoimi sukcesami, lecz też przyjdą do nas ci, którzy w imię dobra sprawy powiedzą, co się im właśnie nie udało, a z pewnością korzyść z tego będzie nawet większa bo błędów innych nikt już nie powtórzy. Zaczynamy z dużą wiarą, lecz małemi środkami; wypożyczony lokal i wszelki niezbędny inwentarz są dobre, ażeby ruszyć z miejsca; jednak naszych zamierzeń nie spełnimy w tym zakresie, jak tego pragniemy dopóki nie dojdziemy do własnego lokalu i zaopatrzenia takiego, jakiego wymaga nasza organizacja i ciążące na niej zadania. Nie wątpimy, że każdy człowiek pracy nas rozumie; więc liczymy, ogarniając myślą cały wielki obszar Rzeczypospolitej o 30 miljonach ludności, że o ile idą już ku nam liczne, prawdziwe nici sympatji, to też przyjdą tego i dowody. Przecież dążeniem naszem jest doprowadzenie w Polsce do stworzenia takich warunków, żeby dla bólu, nieszczęścia i nędzy nie zamykały się odmownie bramy szpitalne, za któremi bez wyjątku każdy chory widzi jakąś nadzieję, a czasem jest to jego jedyny nawet ratunek. Członków założycieli jest ponad 100 i przeszło 50 instytucyj szpitalnych. Wierzymy mocno, że w odezwie za rok, występując nietylko z programem, ale i sprawozdaniem z działalności, w spisie naszych członków znajdą się już ci wszyscy, do których zwracamy się dziś. Czyż naprawdę nie będą się czuli dumni, że swoim udziałem przyczynili się odrazu do okrzepnięcia i rozszerzenia pracy instytucji tak bardzo potrzebnej dla naszej Ojczyzny?

Nowa placówka naukowa. Studjum nauk emigracyjno-kolonjalnych przy naukowym instytucie Emigracyjnym i Kolonjalnym otwiera z dniem 15 marca b. r. kurs bakterjologji, medycyny i higjeny tropikalnej, który będzie drugim z kolei Wydziałem tegoż Studjum, obok istniejącego już i rozwijającego się Wydziału ekonomiczno - administracyjnego. — Kurs bakterjologji, medycyny i higjeny tropikalnej zorganizowany przez Państwową Szkołę Higjeny oraz Sekcję Higjeny, oraz Sekcję Higjeny przy Nauk. Inst. Emigr. i Kol. trwać będzie 4 miesiące i wiąże się z wyższym kursem bakterjologji Państw. Szk. Higjeny. Ilość zajęć dziennych 8 godzin. — Program kursu obejmie: bakterjologję i naukę o odporności: ćwiczenia praktyczne z tego przedmiotu; higjenę tropikalną; parazytologję; helmintologję; entomologję; hematologję (z ćwiczeniami); analizy lekarskie; badanie środków spożywczych i wody; klinikę (choroby: wewnętrzne, skóry, oczu, chirurgję); jady zwierzęce, rośliny trujące, geografję polityczną krajów podzwrotnikowych; klimat krajów tropikalnych i subtropikalnych. — Wykłady z dziedziny higjeny tropikalnej obejmą następujące problemy: klimat krajów podzwrotnikowych, aklimatyzacja, wpływ wysokiej temperatury i nadmiernej insolacji, porażenia cieplne i słoneczne, higjena osobista, ubranie, pożywienie, tryb życia, mieszkanie w krajach gorących, zaopatrzenie w wodę, usuwanie nieczystości i odpadków, higjena żywności, choroby z niedożywiania — charakterystyczne dla krajów egzotycznych, awitaminozy, nadzór nad żywnością, konserwacja, zaopatrzenie, zatrucie pokarmowe, zdrowie publiczne i administracja sanitarna, konwencje sanitarne międzynarodowe, higjena portowa i nadzór sanitarny w portach. — Wykłady objęli: Doc. dr. Adamski, Doc. dr. Anigstein, Prof. dr. Bassalik, Dr. Brokman, Prof. Dr. Bujwid, Dr. Celarek, Dr. Chodźko, Dr. Eisenberg, Dr. Fejgin, Dr. Freyd, Prof. Dr. Gąsiorowski, Prof. Dr. Gieszczykiewicz, Prof. Dr. Hirszfeld, Prof. Dr. Janiszewski, Doc. Dr. Karwacki, Dr. Karłowski, Doc. Dr. Kapuściński, Prof. Dr. Muszyński, Prof. Dr. Nitsch, Dr. Nowakowski, Dr. Palester, Prof. Dr. Padlewski, Doc. Dr. Przesmycki, Doc. Dr. Raabe, Inż. Rudolf, Doc. Dr. Sierakowski, Prof. Dr. Szenajch, Inż. Szniolis, Doc. Dr. Szulc, Prof. Dr. Szymański, Prof. Dr. Szymanowski, Prof. Dr. Weigl, Dr. Wierzbowska, Prof. Dr. Załęcki (senior), Dr. Zdanowicz, Inż. Żmigród. Wpisy w Państwowej Szkole Higjeny, Chocimska 24, do dnia 15 marca b. r. Opłata wynosi za wykłady 100 zł. i za ćwiczenia 150 zł., i może być rozłożona na 5 rat po 50 zł. Po ukończeniu kursów dla pewnej liczby absolwentów umożliwiony będzie pobyt w jednym ze szpitali chorób podzwrotnikowych zagranicą, celem dokonania stageu praktycznego. Kurs powyższy uruchamia Naukowy Instytut Emigracyjny i Kolonjalny w porozumieniu z Min. Pracy i Opieki Społ. i Urząd Emigracyjny oraz z Min. Spraw Zagranicznych, celem przygotowania polskiego materjału lekarskiego dla służby na podzwrotnikowych terenach kolonizacyjnych, na okrętach łączących porty polskie z tymi krajami oraz dla ewentualnej walki z chorobami zawleczonemi do Polski z krajów tropikalnych.

Kurs bakterjologji, parazytologji i nauki o odporności. Państwowy Zakład Higjeny rozpoczyna dnia 15 lutego r. b. trzymiesięczny wyższy Kurs bakterjologji i nauki o odporności. Zajęcia praktyczne na Kursie odbywać się będą codziennie, z wyjątkiem świąt, od godz. 9-ej rano do 1-ej pp., a wykłady — od godz. 2-ej do 4-ej. W poszczególnych działach będą wykładać: prof. Bassalik, dr. Brokman, dr. Celarek, dr. Eisenberg, dr. Fejginówna, prof. Hirszfeld, prof. Gąsiorowski, prof. Gieszczykiewicz, dr. Karłowski, doc. Karwacki, doc. Kapuściński, prof. Nitsch, prof. Padlewski, dr. Palester, doc. Przesmycki, doc. Raabe, dr. Saski, doc. Sierakowski, prof. Szenajch, doc. Sparrow, doc. Szulc, prof. Szymanowski, prof. Weigl, dr. Wierzbowska i dr. Zdanowicz. Kierownikiem Kursu jest doc. dr. H. Sparrow.

Państwowy Kurs dokształcający dla czynnych Wychowawców. Ministerstwo Pracy i Opieki Społecznej organizuje nowy, IX-ty z kolei Kurs dokształcający, dla czynnych wychowawców zakładów opiekuńczo-wychowawczych. Kurs rozpoczyna się dnia 2-go marca r. b. i trwać będzie, z 12-dniową przerwą na ferje świąteczne, do 15-go czerwca r. b. Kandydaci na Kurs muszą się wykazać odpowiedniem wykształceniem ogólnem (conajmniej 4 klasy szkoły średniej, lub 7 klas szkoły powszechnej), 4-letnią praktyką wychowawczą w zakładach i zaświadczeniem, że są czynnymi wychowawcami. Podania, wraz z życiorysem i fotografją, należy składać do Ministerstwa Pracy i Opieki Społecznej, najpóźniej do dnia 20 lutego r. b. Kurs jest bezpłatny. Kandydaci mogą, na wniosek urzędów wojewódzkich (Komisarjatu Rządu) otrzymać stypendja na odbycie Kursu, oraz zwrot kosztów podróży.

Kraków.

Szpital krakowskiej gminy żyd. Prezydjum krakowskiej gminy żyd. ogłasza sprawozdanie szpitala gminnego za rok 1930. Szpital ten ma 11 oddziałów, a to dla chorób wewnętrznych, chirurgicznych, dzieci, kobiecych, uszno-gardlanych, ortopedycznych, okulistycznych, dentystycznych, skórnych i rentgenologicznych. W okresie sprawozdawczym leczono w szpitalu tym 2497 chorych stałych przez 37149 dni, w tem 1066 mężczyzn a 1431 kobiet. Chrześcijan przyjęto do szpitala 112. Zupełnie bezpłatnie leczono 90 proc. chorych z Krakowa. Ambulatoryjnie leczono nadto w 1930 r. 22.680 chorych bez różnicy wyznania, nie licząc powtórnych ordynacyj. Przeciętnie pobyt jednego chorego w szpitalu wynosił 14 dni a przeciętne obłożenie szpitala wynosiło dziennie 102 chorych, śmiertelność wyniosła 4.04 proc. Oprócz tego istnieją w szpitalu poradnia przeciwgruźlicza i przeciwreumatyczna. Ze sprawozdania okazuje się, że szpital odsetaurowany i przebudowany przez gminę żyd. w roku 1925 stale się rozwija, świadcząc wielkie dobrodziejstwa biednej chorej ludności, która coraz więcej korzysta z tego zakładu.

Kasa chorych wobec kolonij wakacyjnych. Krakowska Kasa chorych wyśle w nadchodzącym sezonie swoim kosztem czterysta dzieci na kolonje letnie, lecznicze i wypoczynkowe, urządzane przez organizacje społeczne. Członkowie Kasy, chcący umieścić swe dzieci na kolonji, winni zgłosić się najdalej do 15 kwietnia b. r. do kasowych lekarzy, specjalistów chorób dzieci z wypisanem na druku podaniem, które odbierze lekarz kasowy, opatrzy swą opinją lekarską i prześle do biura lekarza naczelnego. Na podaniu winna być umieszczona deklaracja jednej z instytucyj organizujących kolonje, że dziecko znajdzie na kolonji pomieszczenie. Podania wniesione po terminie mogą być uwzględnione jedynie w razie niewykorzystania ustalonego kontyngentu.

Związek Lekarzy Państwa Polskiego, Okrąg Krakowski. — Ostrzeżenie. Zarząd Krakowskiego Okręgu Związku Lekarzy Państwa Polskiego, ostrzega ogół Kolegów przed obejmowaniem posad lekarzy Kasy Chorych w Myślenicach z siedzibą w Rabce wobec tego, że wypowiedzenie umowy obu Kolegom drowi E. Zellnerowi oraz drowi St. Christowi stanowi przedmiot sporu przed Sądem Izby Lekarskiej w Krakowie. Zatem aż do rozstrzygnięcia przez Sąd Izby Lekarskiej w Krakowie, posady powyższe nie mogą stać się przedmiotem nowego konkursu. Sekretarz: Dr. M. *Kossowski*. Prezes: Doc. Dr. *Marcin Zieliński.*

Z kraju.

Ruch służbowy w Państwowej Służbie Zdrowia za miesiąc styczeń 1931 r. — We Władzach II. instancji. — Mianowani: Dr. Dziewulski Franciszek, prow. inspektor lekarski w VI. st. sł. w Urzędzie Wojewódzkim Kieleckim, do odwołania Naczelnikiem Wydziału w VI. st. sł. w tymże Urzędzie, dekretem z dnia 5. I. 1931 r. — Dr. Żmigród Bolesław, inspektor lekarski w VI st. sł. w Urzędzie Wojewódzkim Poznańskim, Naczelnikiem Wydziału w VI st. sł. w tymże Urzędzie dekretem z dnia 2. I. 1931 r.

We Władzach I. instancji. — Mianowani: Dr. Twórz Emanuel, przeniesiony w stan nieczynny lekarz powiatowy w VI st. sł. w Starostwie powiatowem Kościańskim, powołany do czynnej służby na toż same stanowisko i miejsce służbowe dekretem z dn. 31. I. 1931. r. — Zwolnieni: Dr. Nowakowski Mieczysław, lekarz powiatowy w VII st. sł. w Starostwie powiatowem Szubińskiem, na własną prośbę z dniem 31. I. 1931 r. — Przeniesieni: Dr. Grochowiak Franciszek, lekarz powiat. w VII st. sł. w Starostwie powiatowem w Jaśle, na własną prośbę na takież stanowisko i w dotychczasowym st. sł. do Starostwa powiatowego w Grybowie dekretem z dnia 21. I. 1931 r. — Dr. Borawski Czesław, lekarz powiatowy w VI st. sł. w Starostwie powiatowem w Grójcu, na własną prośbę na stanowisko lekarza powiatowego w Starostwie Grodzkiem Północno-Warszawskiem, dekretem z dnia 30. I. 1931 r. — Przeniesieni na emeryturę: Dr. Mazowiecki Bronisław, lekarz powiatowy w VII st. sł. w Starostwie powiatowem Płockiem, na zasadzie art. 29 ustawy emerytalnej z dniem 31. I. 1931 r. dekretem z dnia 23. XII. 30. — Dr. Błażejczyk Tomasz, lekarz powiatowy w VI st. sł. w Starostwie powiatowem w Lesznie, na własną prośbę z dniem 14. I. 1931 r.

Ze świata.

Międzynarodowy Związek Dentystyczny. (Fédération Dentaire Internationale). Komunikat Komisji Higjeny z grudnia 1930 r. Do głównych zadań Komisji Higjeny należy zbadania warunków i sposobów utrzymania jamy ustnej u różnych narodów, wpływu chorób jamy ustnej i zębów na stan zdrowia całego organizmu i wskazanie sposobów polepszenia obecnych warunków. To wszystko można osiągnąć: 1) przez wprowadzenie i rozszerzenie opieki nad uzębieniem w okresie przedszkolnym, szkolnym i po ukończeniu szkoły, 2) przez udostępnienie pomocy dentystycznej i uświadamianie pod względem higjeny zębowej szerokich mas ludności, 3) przez wyszukiwanie sposobów unikania chorób zawodowych jamy ustnej. Komisja Higjeny, pragnąc zebrać i przestudjować ostateczne wyniki stosowania zasad higjeny i profilaktyki chorób zębów i jamy ustnej, zwraca się obecnie do Komitetów Narodowych z propozycją rozpisania odpowiedniej ankiety, by na podstawie otrzymanych w ten sposób wiadomości zdobyć mogła ścisłe informacje o stanie higjeny zębów i jamy ustnej oraz o stanie zębolecznictwa. To dotyczy nietylko urządzeń, lecz również i sposobów oszczędnego przeprowadzania uzdrowotnienia zębostanu u dzieci w wieku szkolnym i u dorosłych. Należy przy tem szczególną uwagę zwracać na kosztorysy. Warto przypomnieć, że na Zjeździe w Utrechcie za jeden z lepszych sposobów propagandy zasad higjeny jamy ustnej uznano urządzanie częstych wystaw higjenicznych. Podstawą do tego rodzaju wystaw regjonalnych powinny być wystawy, urządzane staraniem dorocznych zjazdów Komisji Higjeny Międzynarodowego Związku Dentystycznego (F. D. I.). Należy dążyć do utworzenia stałych wystaw tego rodzaju w różnych miejscowościach. Komisja Higjeny obowiązana jest zbadać naukowo przyczyny chorób jamy ustnej i środki do ich unikania i zwalczania. W tym celu proponuje się utworzenie 3 podkomisyj: 1. Dla badań nad uzębieniem dzieci: a) małych, b) w wieku szkolnym, c) młodocianych. 2. Dla badań nad uzębieniem ludu (osób dorosłych). 3. Dla badań laboratoryjnych z zakresu higjeny i profilaktyki zębowej w połączeniu z międzynarodowym instytutem higjeny zębowej. Działalność Komisji Higjeny Międzynarodowego Związku Dentystycznego nie pozostaje bez skutku: w wielu krajach zrozumiano już potrzebę otaczania opieką uzębienia, szczególniej w okresie szkolnym. Już od 1925 r. Komisja Higjeny M. Z. D. (F. D. I.) nawiązała stosunki z Komisją Higjeny przy Lidze Narodów oraz z Zarządem Czerwonego Krzyża. Należy sobie zapamiętać dobrze wydaną na posiedzeniu w marcu r. z. następującą rezolucję: „Komisja Higjeny przy Lidze Narodów, będąc przeświadczoną, że zwalczanie chorób zębowych jest nie mniej ważne od zwalczania chorób innego rodzaju, wyraża życzenie, by ją stale informowano o pracach Komisji Higjeny Międzynarodowego Związku Dentystycznego". Należy oczekiwać, że ta enuncjacja wpłynie dodatnio na ustosunkowanie się rządów państw poszczególnych do zadań i prac Komisji Higjeny. W sprawie łączności z Czerwonym Krzyżem należy nadmienić, że początkowo starano się o utworzenie współpracy ścisłej, jednakże po zastanowieniu głębszem uznano za bardziej pożądane, aby prace Komisji Higjeny były zupełnie niezależne. Współpracę postanowiono ograniczyć do wyzyskania należytego opinji Komisji Higjeny przy Lidze Narodów, która wyraźnie orzekła, że choroby zębów winny być zwalczane tak samo, jak i inne. Z tego powodu należy przypuszczać, że Czerwony Krzyż więcej będzie poświęcać uwagi uzębieniu. Jako przykład godny naśladowania należy zaznaczyć fakt otwarcia przez Polski Czerwony Krzyż 5 przychodni zębolecznicznych. *Jaccard* (Genewa).

VI. Międzynarodowy Kongres Lekarski w sprawie wypadków przy pracy i chorób zawodowych będzie obradował w Genewie od 3—8 sierpnia 1931 r. Do udziału dopuszczeni są lekarze zainteresowani w sprawach wypadków przy pracy i chorób zawodowych. Termin zgłoszenia udziału w Kongresie upływa 15 lipca r. b. Składka wynosi 25 franków szwajcarskich, członkowie rodzin płacą po 10 franków szwajcarskich. Formularze zgłoszenia uczestnictwa można otrzymać w Sekretarjacie Polskiego Komitetu Organizacyjnego, Warszawa, Chocimska 24, który udziela pozatem wszelkich dodatkowych informacyj. Adres Komitetu Międzynarodowego: Dr. Yersin, 3, rue de la Monnaie, Genève (Suisse), Sécrétaire Général. Informacyj, dotyczących hoteli, zniżek kolejowych i t. p. udzielają w porozumieniu z Komitetem Międzynarodowym agencje Tow. Cook-Wagons-Lits.

II. Międzynarodowy Zjazd Szpitalnictwa w Wiedniu. II. Międzynarodowy Zjazd Szpitalnictwa odbędzie się w Wiedniu, w dniach od 8 do 13 czerwca 1931 r. Informacyj udziela Prof. I. Tandler, naczelnik wydziału higjeny i opieki społecznej (Wien I. Rathausstr. 9).

Sprostowanie omyłki druku.

W Nr. 9 P. G. L. na str. 170 pod oceną książki o leczeniu paraliżu malarją mylnie wydrukowano nazwisko sprawozdawcy zamiast J. Koelischer winno być J. Koelichen (Warszawa).

Redakcja otrzymała.

Bühn St.: „Rozpoznawanie gruźlicy gruczołów przyoskrzelowych". Odb. z Wiadomości lekarskich nr. 2 z r. 1931.

„Pratique médico-chirurgicale", 3-e édition entièrement nouvelle. Tomes I et II. Masson et Cie. Paris. 1931.

Dr. Kopczyński Stan.: „Szkoły — uzdrowiska". Warszawa. 1930.

Kramsztyk St.: „Icterus neonatorum gravis familiaris". Odb. z Warsz. czasopisma lekarskiego nr. 8, z r. 1931.

Société des nations. „Annuaire sanitaire international. 1929.

Pathologie médicale. Tome III. Maladies de l'appareil respiratoire. Masson et Cie. Paris. 1931.

Pathologie médicale. Tom IV. — Coeur — Vaisseaux. Masson et Cie. Paris. 1931.